

Suppl. A

2010

ISBN 978-80-87327-31-9

12. ročník

Moravského urologického sympozia

Pořadatel: Urologická klinika FN OL a LF UP Olomouc
ve spolupráci s LF UP a FN Olomouc
a občanským sdružením MUŽ 21. STOLETÍ

Záštita: Výbor ČUS ČLS JEP, ředitel FN Olomouc, děkan LF UP Olomouc

25. – 26. 3. 2010

Hotel Dlouhé Stráně, Loučná nad Desnou – Rejhotice



Abstrakta

12. ročník **Moravského urologického sympozia**

25. – 26. 3. 2010 / Dlouhé Stráně



Pořadatel: Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

- | | |
|---------------------------------|---|
| Amgen s.r.o. | HOSPIMED, spol. s r.o. |
| AMIREX s.r.o. | Kimberly-Clark, s.r.o. |
| B.Braun Medical s.r.o. | Medkonsult, s.r.o. |
| Bard Czech Republic s.r.o. | Olympus Czech Group, s.r.o. |
| Bella Bohemia s.r.o. | Pabianickie Zakłady Farmaceutyczne Polfa S.A. |
| Berlin - Chemie a.s. | Pfizer, spol. s r.o. |
| BS Prague Medical CS s.r.o. | QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o. |
| BTL zdravotnická technika, a.s. | SANDOZ s.r.o. |
| Coloplast A/S | Simply You Pharmaceuticals A.S. |
| ELI LILLY ČR, s.r.o. | Zentiva, k.s. |

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA

POŘADATEL

Urologická klinika FN OL a LF UP Olomouc
ve spolupráci s LF UP a FN Olomouc
a občanským sdružením MUŽ 21. STOLETÍ

POD ZÁŠTITOU

Výboru České urologické společnosti ČLS JEP,
ředitele FN Olomouc
a děkana LF UP Olomouc

PREZIDENT

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

MUDr. Michal Grepl, Ph.D., MUDr. Igor Hartmann,
MUDr. Martin Hrabec, MUDr. Milan Král, Ph.D., MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D.,
Bc. Nataša Sochorová, MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Aleš Vidlář

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Karla Břečková
tel.: 582 397 457
mob.: 777 714 677
e-mail: breckova@solen.cz

programové zajištění:

Zdeňka Bartáková
tel.: 585 242 681
mob.: 777 557 416
e-mail: bartakova@solen.cz

25.–26. března 2010

Hotel Dlouhé Stráně, Loučná nad Desnou-Rejhotice

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK
ohodnocena 15 kredity pro lékaře a 8 kredity pro sestry.

Supplementum A časopisu Urologie pro praxi

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: 724 984 451

Čítační zkratka: Urolog. po Praxi 2010; 11 (Suppl. A), **ISBN:** 978-80-87327-31-9

Časopis Urologie pro praxi je excerpován do Bibliographia Medica Československa a je zařazen
na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR.

ČTVRTEK 25.3.2010 / LÉKAŘSKÁ SEKCE

15.00 hod. Slavnostní zahájení – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

15.15–16.45 hod. Průběžné zprávy z doktorandského studijního programu

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- Srovnání výsledků předoperačního PSA, včetně jeho poměru a histologického nálezu preparátu po radikální robotické prostatektomii (soubor 230 pacientů) – MUDr. Jan Schraml
- Problematika diagnostiky renálního ložiska – MUDr. David Ondra
- Rostlinné polyfenoly: účinky na symptomy dolních cest močových (LUTS) a markery onemocnění prostaty – MUDr. Aleš Vidlář a kol.
- Green Light laserová vaporizace prostaty v lokální anestezii kombinované analgosedací – MUDr. Theodor Kabilka
- Laparoskopická adrenalectomie – MUDr. Igor Hartman
- Rekonstrukce prolapsů pánevního dna pomocí TVM (transvaginal mesh) – MUDr. Miroslav Krhovský
- Lokalizace nádorů v rámci včasné diagnostiky karcinomu prostaty – MUDr. Martin Hrabec

16.45–17.30 hod. Biologická léčba karcinomu ledviny

Garant: prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D.

- Algoritmus léčby metastatického postižení karcinomu ledviny – prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D.
- Toxicita léčby karcinomu ledviny – MUDr. Hana Študentová

17.30–18.00 hod. Symposium Ferring Pharmaceuticals CZ, s. r. o.

- Nykturie – jak ji znáte i neznáte – MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.

18.00–19.00 hod. Diskuze u večeře

19.00–19.30 hod. Přednáška vyzvaného hosta

- Karcinom prostaty 2010, stále vzdorující – prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.

Předání pamětní medaile Univerzity Palackého prof. MUDr. Janu Dvořáčkovi, DrSc.

19.30–20.20 hod. Karcinom prostaty a metastázy v kostech: jak pozitivně ovlivnit život pacientů?

Garanti: prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- Kostní metastázy u karcinomu prostaty, současná doporučení pro podávání bisfosfonátů – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- Praktický přístup k pacientovi s kostními metastázami u urologických nádorů – MUDr. Milan Král, Ph.D.
- Praktické poznatky se zahájením Projektu Preventio na jižní Moravě – prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.

20.20–20.30 hod. Přestávka

20.30–21.00 hod. Pokročilý karcinom prostaty

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- Nové možnosti ovlivnění kostního postižení – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- První výsledky studií s denosumabem – MUDr. Jaroslav Perníčka, Ph.D.

21.00–21.30 hod. Lokalizovaný karcinom prostaty – problematika, diagnostika a léčba

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Přednáškový blok podpořila firma AstraZeneca Czech Republic, s. r. o.

- Epidemiologie a problematika diagnostiky lokalizovaného karcinomu prostaty – MUDr. Michal Grepl, Ph.D.
- PCA3 v diagnostice karcinomu prostaty – MUDr. Milan Král, Ph.D.
- Možnosti léčby lokalizovaného karcinomu prostaty (T1-T2 NO MO) – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

21.30–22.00 hod. OAB, nykturie

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Přednáškový blok podpořila firma Ferring Pharmaceuticals CZ, s. r. o.

- OAB a nykturie – úvod do problematiky – MUDr. Aleš Vidlář
- Možnosti terapie nykturie a OAB – MUDr. Eva Burešová

od 22.00 hod. Diskuze u večere**ČTVRTEK 25.3.2010 / SESTERSKÁ SEKCE****15.00 hod. Slavnostní zahájení – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.****15.15–15.30 hod. Přesun do sálu II****15.30–16.30 hod. Blok přednášek I**

- Komunikace trochu jinak – Bc. Nataša Sochorová
- Komunikace v paliativní ošetrovatelské péči – Lucia Šimalíková, Blanka Hráčková, DiS.
- Bolest – problém, který nás zajímá – Veronika Pálková, DiS., Andrea Pavlíková
- Robotická radikální prostatektomie – Monika Kacelová, Martina Fričarová
- Ošetrovatelská péče po robotické prostatektomii – Daniela Frycová, DiS., Jitka Hanousková
- Maligní tumory ledvin, léčení, ošetrovatelská péče – Dagmar Vaculíková, Alena Bělochová

16.45–17.45 hod. Blok přednášek II

- Tumory penisu – Bc. Barbora Špačková
- Ošetrovatelský proces u pacienta s tumorem penisu – Alena Polešovská
- Vaporizace prostaty – Maryla Filipová
- Využití rehabilitace u inkontinence – Hana Černíková, Lenka Valouchová, Lenka Malíková
- Laparoskopicky asistovaná radikální cystektomie a cystoprostatektomie RACE, RACPE – naše zkušenosti – Markéta Hanáková, Nikol Swiderová
- Moderní postupy v péči o permanentní katétr – Bc. Nataša Sochorová

PÁTEK 26.3.2010 / LÉKAŘSKÁ A SESTERSKÁ SEKCE

8.00–10.30 hod. Pracovní snídane, kazuistiky a sdělení z praxe rezidentů – blok I

Garanti: MUDr. Dušan Fügner, MUDr. Josef Kopecký, MUDr. Miroslav Krhovský, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.,
MUDr. Josef Macek, MUDr. David Ondra, MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D., MUDr. Roman Staněk,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Miroslav Štursa, MUDr. Karel Zita

- Leiomyosarkom skrota – MUDr. Andrea Onderková, MUDr. Tomáš Kokoř, MUDr. Roman Staněk
- Možnosti spolupráce urologa, gastroenterologa a chirurga – MUDr. Roman Staněk, MUDr. Ota Mikolajek, MUDr. Jiří Hájek
- Použití tkáňového lepidla u resekce tumoru solitární ledviny – MUDr. Roman Staněk, MUDr. Tomáš Kokoř, MUDr. Pavel Vágner
- Histologický nálezy po RT pro adenokarcinom prostaty – MUDr. Jaroslav Plachý
- Řešení léze urotraktu po císafském řezu – MUDr. Jaroslav Plachý
- Karcinom ledviny – klasická trias – MUDr. Ivana Jakabovičová, MUDr. Osvald Celman, MUDr. Karel Zita, MUDr. Eva Poláčková
- Tumor ledviny – aktivní sledování – MUDr. Osvald Celman, MUDr. Karel Zita, MUDr. Ivana Jakabovičová, MUDr. Eva Poláčková
- Condylomata giganta (Buschke-Löwenstein tumor) – MUDr. David Jež, MUDr. Roman Staněk
- Karcinom penisu – emaskulinizace – MUDr. Jaroslav Kaňha
- Laparoskopická resekce ledviny s využitím radiofrekvenční ablace – MUDr. Ondřej Havránek, MUDr. Pavel Vávra Ph.D., doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D., MUDr. David Míka
- Autotransplantace ledviny jako možné řešení dlouhé striktury močovéhoodu – MUDr. David Míka, MUDr. Pavel Havránek, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.

10.30–11.00 hod. Diskuze, coffee break**11.00–12.00 hod.** Kazuistiky a sdělení z praxe rezidentů – blok II

Garanti: MUDr. Dušan Fügner, MUDr. Josef Kopecký, MUDr. Miroslav Krhovský, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.,
MUDr. Josef Macek, MUDr. David Ondra, MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D., MUDr. Roman Staněk,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Miroslav Štursa, MUDr. Karel Zita

- Oboustranná resekce tumoru ledviny – MUDr. Pavel Kratochvíl, MUDr. Michal Grepl, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- Má být urikémie součástí předoperačního vyšetření? – MUDr. Martin Kučera
- Méně častá expanze močového měchýře – MUDr. Jozef Jaššo
- Metastatické postižení ledviny leiomyosarkomem – MUDr. Eva Burešová
- Skrotální hernie s obsahem objemného divertiklu močového měchýře – MUDr. Michal Zahradník, MUDr. Pavol Fecura, MUDr. Luděk Drábek, MUDr. Josef Kopecký
- Nezvyklé nádory dolních močových cest, agresivní angiomyxom prostaty, maligní melanom močového měchýře a uretry – MUDr. Pavol Fecura, MUDr. Michal Zahradník, MUDr. Josef Kopecký
- Vrozená vývojová vada jako překvapivý nálezy při laparoskopické radikální cystektomii – MUDr. Tomáš Blažek, MUDr. Jakub Fejfar

12.00–12.30 hod. Kazuistiky a sdělení z praxe privátních urologů

Garanti: MUDr. Dušan Fügner, MUDr. Josef Kopecký, MUDr. Miroslav Krhovský, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.,
MUDr. Josef Macek, MUDr. David Ondra, MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D., MUDr. Roman Staněk,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Miroslav Štursa, MUDr. Karel Zita

- Konzervativní terapie Peyronieho choroby – přehled a vlastní zkušenosti – MUDr. Aleš Horák

12.30–14.00 hod. Oběd**14.00–15.00 hod.** Robotická prostatektomie

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- Robotická chirurgie – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

15.00–15.30 hod. Vyhlášení nejlepších kazuistik – ukončení sympozia

VIAGRA®

(sildenafilum)

originální
sildenafil



Zkrácená informace o přípravku Viagra 25, 50, 100 mg potahované tablety • **Léčivá látka:** Sildenafilum 25, 50 nebo 100 mg (ve formě sildenafilu citras) v jedné potahované tabletě. **Indikace:** léčba mužské erektilní dysfunkce. **Dávkování a způsob podání:** K perorálnímu podání dospělým nad 18 let. Obvyklá doporučená dávka je 50 mg, kterou je třeba užít podle potřeby přibližně jednu hodinu před sexuální aktivitou. Maximální doporučená dávka je 100 mg denně. U nemocných se závažnou poruchou ledvin, poruchou jater a u nemocných, kteří současně užívají přípravky inhibující CYP3A4, se doporučuje zahájit léčbu dávkou 25 mg. **Kontraindikace:** Známa přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. Současné užití s látkami schopnými uvolňovat oxid dusnatý nebo s nitráty v jakékoli formě. Použití u pacientů, pro které není sexuální aktivita vhodná (např. nestabilní angina pectoris, závažné srdeční selhání). **Závažná jaterní porucha, hypotenze (TK < 90/50 mm Hg), cévní mozková příhoda nebo infarkt myokardu v nedávné anamnéze a také známé hereditární degenerativní postižení sítnice (retinitis pigmentosa).** U pacientů, kteří ztratili zrak v důsledku nearteriické přední ischemické neuropatie optického nervu (NAION). **Zvláštní upozornění:** Před zahájením léčby erektilní dysfunkce by měl lékař posoudit kardiovaskulární funkci pacienta. Sildenafil zvyšuje hypotenzivní účinek nitrátů. Současné užití sildenafilu s jinými formami léčby erektilní dysfunkce se nedoporučuje. Při podání sildenafilu pacientům užívajícím alfa-blokátory je třeba opatrnosti. Je třeba pečlivě uvážit podávání sildenafilu pacientům s poruchami srážlivosti krve nebo aktivní vředovou chorobou. **Interakce:** Při současném podání s inhibitory CYP3A4 by měla být jako úvodní podána dávka 25 mg. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nemocní by měli znát svoji reakci na přípravek Viagra dříve, než budou řídit motorová vozidla nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky: bolesti hlavy a návaly, dyspepsie, oční poruchy, zduření nosní sliznice, závratě a zkrácení barevného vidění. **Předávkování:** V případech předávkování je nutno podle potřeby zavést standardní podpůrná opatření, nelze předpokládat, že by dialýza zrychlila clearance. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C, chraňte před vlhkostí (v původním vnitřním obalu). **Balení:** 2, 4 nebo 8 tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Limited, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/98/077/002-004, EU/1/98/077/006-008, EU/1/98/077/010-012, EU/1/98/077/013-015. **Datum poslední revize textu:** 29.1.2009. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

Úplnou informaci pro předepisování obdržíte na adrese:

Pfizer, spol. s r. o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, telefon: 283 004 111, fax: 251 610 270, www.pfizer.cz

V případě odborných dotazů volejte odbornou informační službu společnosti Pfizer: 283 004 211



Procureme společně pro zdravotní svět™

www.pfizer.cz

WCP-20101019

LÉKAŘSKÁ SEKCE

**PRŮBĚŽNÉ ZPRÁVY Z DOKTORANDSKÉHO
STUDIJNÍHO PROGRAMU**

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 15.15–16.45

**Srovnání výsledků
předoperačního PSA, včetně jeho
poměru a histologického nálezu
preparátu po radikální
robotické prostatektomii**

MUDr. Jan Schraml

Urologické oddělení, Masarykova
nemocnice, KZ a.s., Ústí nad Labem

Cíl: statistické srovnání histologických nálezů po radikální prostatektomii ve srovnání se vstupními hodnotami PSA a to včetně jeho poměru f/t PSA a přesné váze preparátu.

Soubor: za posledních 18 měsíců podstoupilo 230 pacientů radikální robotickou prostatektomii pro karcinom prostaty na našem oddělení. U všech pacientů sledujeme vstupní hodnoty PSA, f/t PSA, které následně srovnáváme s histologickým nálezem, postoperačním PSA a přesnou váhou odstraněného preparátu.

Výsledek: v našem souboru operovaných pacientů s karcinomem prostaty, kteří jsou ze spádové oblasti Ústeckého kraje, tj. cca 800 000 obyvatel, jsme nenašli pacienta, který by měl poměr f/t. nad 25 %.

Závěr: tato statistika podporuje hypotézu, která je předmětem doktorandského studia o významnosti poměru f/t při diagnostice karcinomu prostaty.

**Problematika diagnostiky
renálního ložiska**

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení,

Uherskohradištská nemocnice a.s.

S rozvojem zobrazovacích metod dochází ke stále častějším nálezům renálního ložiska ne zcela jasné etiologie. Problémem je pak rozlišit, zda jde o ložisko, které máme aktivně řešit (nejčastěji maligní povahy), nebo o ložisko, kde je intervence zbytečnou zátěží pro pacienta a je výhodnější je jen sledovat.

Na několika případech z praxe demonstrujeme obtížnost přesné diagnostiky a retrospektivně hodnotíme soubor pacientů vyšetřených na našem pracovišti s CT nálezem renálního ložiska za poslední 3 roky s důrazem na malá ložiska nejasné etiologie.

Práce shrnuje současnou praxi dle doporučení EAU a AAU, aktuální stav poznání pomocí závěrů posledních metaanalýz (z nichž ale většina konstatuje, že je nutné provedení dalších prací, které by potvrdily jejich závěry) a vyslovuje pracovní hypotézu, jak dále zpřesnit diagnostiku renálních lézí a odlišit ložiska intersticiální nefritidy od tumoru ledvin nejenom v případech tzv. SRM (small renal masses), představuje návrh designu vědecké práce a dokládá její bezpečnost.

Pro pacienty s kostními metastázami je

KAŽDODENNÍ ŽIVOT VZÁCNÝ a KŘEHKÝ

**Zometa zabraňuje vzniku kostních příhod.¹
Tyto příhody zkracují život Vašich pacientů...²**

Zkrácená informace

Zometa® 4 mg/5 ml koncentrát pro přípravu infuzního roztoku, Zometa® 4 mg prášek pro přípravu infuzního roztoku s rozpouštědlem (acidum zoledronicum)

Složení: Koncentrát: Jedna injekční lahvička s 5 ml koncentrátu obsahuje 4 mg acidum zoledronicum. Prášek: Jedna injekční lahvička s 4 mg acidum zoledronicum a jedna ampulka s 5 ml vody na injekci. **Indikace:** Prevence kostních příhod (patologických zlomenin, kompresivních zlomenin obratlů, radiací nebo chirurgická léčba kostí, nádorem indukovaná hyperkalémie) u pacientů s pokročilou formou nádorového onemocnění postihujícího kosti. Léčba hyperkalémie vyvolané nádorovým onemocněním (TTH). **Dávkování:** Prevence kostních příhod u pacientů s pokročilou formou nádorového onemocnění postihujícího kosti. **Dospělí a starší lidé:** K prevenci kostních příhod u pacientů s pokročilou formou nádorového onemocnění postihujícího kosti se doporučuje dávka Zomety 4 mg rozpouštěná a dále naředěná roztokem pro infuze na 100 ml 0,9% sterilním roztokem chloridu sodného nebo 5% roztokem glukózy. Roztok Zomety nesmí být smíchán s infuzními roztoky s dvojmocnými kationty. Podává se každé 3 až 4 týdny formou nitrožilní infuze oddělenou infuzní linkou po dobu 15 minut. Pacientům by také měl být perorálně podán denně doplněk 500 mg kalcia a 400 m.j. vitaminu D. **Léčba hyperkalémie vyvolané nádorovým onemocněním (TTH). Dospělí a starší lidé:** Doporučená dávka při léčbě hyperkalémie (kalcium v séru $\geq 12,0$ mg/dl nebo 3,0 mmol/l) je 4 mg Zomety, rozpouštěná a dále naředěná roztokem pro infuzi (100 ml 0,9% sterilního roztoku chloridu sodného nebo 5% roztok glukózy). Takto připravený infuzní roztok se podává formou jednorázové 15minutové intravenózní infuze. Před každou aplikací přípravku musí být pacient adekvátně hydratován. **Opakované podání.** Pro opakovanou léčbu TTH je dostupné omezené množství údajů (viz úplná informace o přípravku). **Zhoršená funkce ledvin.** U pacientů s TTH trpících současně závažným zhoršením funkce ledvin se může o léčbě Zometou uvažovat až po zhodnocení rizika a přínosu léčby. U pacientů s TTH se sérovým kreatininem < 400 μ mol/l nebo < 4,5 mg/dl není nutná úprava dávkování. U pacientů s mnohočetným myelomem nebo metastázami solidních nádorů do kostí musí být při zahájení léčby Zometou stanoven sérový kreatinin a clearance kreatininu (CLcr). Zometa se nedoporučuje podávat pacientům, kteří již před zahájením léčby mají závažné poškození funkce ledvin (CLcr ≤ 30 ml/min). U pacientů s kostními metastázami a s mírným nebo středním poškozením funkce ledvin (CLcr 30–60 ml/min) se doporučuje následující dávkování (viz úplná informace o přípravku). **Kontraindikace:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se známou a klinicky významnou hypersenzitivitou na kyselinu zoledronovou nebo jiné bisfosfonáty nebo kteroukoliv pomocnou látku obsaženou v přípravku, dále u těhotných a kojcích žen. **Zvláštní upozornění/opatření:** Před zahájením léčby Zometou musí být u pacientů zjištěn a případně adekvátně upraven stav hydratace. Po zahájení terapie Zometou musejí být pečlivě sledovány standardní metabolické parametry související s hyperkalémií, jako jsou hladiny kalcia, fosfátu a magnézia v séru, včetně hladiny sérového kreatininu. U pacientů užívajících bisfosfonáty byly velmi zřídka hlášeny silné bolesti kostí, kloubů a/nebo svalů, občas zneschopňující. V průběhu léčby Zometou by měly být funkce ledvin monitorovány odpovídajícími metodami, zvaženy individuální rizikové faktory. U pacientů s kostními metastázami a s dřívějším mírným až

středně závažným poškozením funkce ledvin se doporučuje zahájit léčbu nižšími dávkami Zomety. U pacientů, u kterých bylo v průběhu léčby Zometou prokázáno zhoršení funkce ledvin, musí být léčba Zometou přerušena do doby, než se hladina sérového kreatininu vrátí na hodnoty, které se nebudou lišit o více než 10 % od výchozí hodnoty. Podávání Zomety u pacientů se závažným poškozením funkce ledvin již před zahájením léčby a pro omezené množství farmakokinetických údajů o těchto pacientech se vzhledem k potenciálnímu vlivu bisfosfonátů, včetně Zomety, na funkci ledvin a z důvodu nedostatku klinických údajů o bezpečnosti, nedoporučuje (viz úplná informace o přípravku). K dispozici je omezené množství klinických údajů u pacientů s jaterní nedostatečností, pro tuto skupinu pacientů není dáno žádné specifické doporučení. U pacientů s rizikem srdečního selhání je nutné zabránit nadměrnému přívodu tekutin. Případy osteonekrózy čelistí byly hlášeny zejména u pacientů s nádorovým onemocněním léčených bisfosfonáty, včetně Zomety. Většina hlášených případů byla spojena se stomatologickým výkonem. Před zahájením léčby bisfosfonáty je nutno zvážit stomatologické vyšetření spolu s preventivním ošetřením. Zometa by neměla být používána v pediatrické populaci, protože u dětí nebyla stanovena bezpečnost a účinnost. Zometa obsahuje stejnou léčivou látku jako Aclasta (kyselina zoledronová). Pacienti léčení Zometou by neměli být současně léčeni Aclastou. **Interakce:** V průběhu klinického hodnocení byla Zometa podávána souběžně s běžně používanými protinádorovými léky, diuretiky, antibiotiky a analgetiky, aniž by byl pozorován výskyt interakcí. Při studiu *in vitro* nebyla patrná vazba zoledronové kyseliny na proteiny plazmy, ani nebyla zjištěna inhibice lidských P450 enzymů, ale žádná klinická studie cílená na interakce nebyla provedena. Při společné aplikaci bisfosfonátů, jako je Zometa, s aminoglykosidy se doporučuje zvláštní opatrnost, protože může dojít k aditivnímu účinku obou léků, s následným snížením hladiny kalcia v séru na delší dobu, než je požadováno. Opatrnost je také nutná, pokud je Zometa indikována společně s potenciálně nefrotoxickými přípravky. Je také nutné věnovat zvýšenou pozornost možnému vývoji hypomagnezémie. U pacientů s mnohočetným myelomem může být zvýšené riziko poškození ledvin, pokud jsou intravenózně podávány bisfosfonáty, jako je Zometa, podávány v kombinaci s thalidomidem (viz úplná informace o přípravku). **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: hypofosfatemie. Časté: anémie, bolesti hlavy, konjunktivitida, nevolnost, zvracení, nechutenství, bolestivost kostí, svalů a kloubů, generalizovaná bolest, zhoršení renálních funkcí, horečka, chřipce podobné příznaky (únava, třesavka, malátnost, návaly horka), zvýšení kreatininu a urey v séru, hypokalémie. Další nežádoucí účinky – viz úplná informace o přípravku. **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky pro uchovávání. **Dostupné lékové formy/Velikost balení:** inf.cnc.sol. 1x 4 mg, 4x 4 mg, 10x 4 mg, inf.cnc.laf. 1x 4 mg + 1 amp. rozpouštědla; 4x 4 mg + 4 amp. rozpouštědla; 10x 4 mg + 10 amp. rozpouštědla. **Poznámka:** Před předepsáním léku si pečlivě přečtěte úplnou informaci o přípravku.

Reg. č.: koncentrát EU/1/01/176/004-006; prášek: EU/1/01/176/001-003. Datum registrace: koncentrát: 24. 03. 2003, prášek: 20. 03. 2001. Datum poslední revize textu SPC: 01/2010. Držitel rozhodnutí o registraci: Novartis Europharm Limited, Horsham, West Sussex, Velká Británie. Přípravek je pouze na lékařský předpis, hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Literatura: 1. SPC Zometa, 01/2010. 2. F. Saad et al. Pathologic Fractures Correlate With Reduced Survival in Patients With Malignant Bone Disease. Cancer 2007; 110: 1860–7.

ZOMETEA®
acidum zoledronicum

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

NOVARTIS s.r.o., GEMINI – budova B, Na Pankrázi 1224/128, 140 00 Praha 4,
tel.: 225 775 111, fax: 225 775 222, www.novartis.com

Rostlinné polyfenoly: účinky na symptomy dolních cest močových (LUTS) a markery onemocnění prostaty

MUDr. Aleš Vidlář¹,

MUDr. Jitka Vostálová²,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.¹,

doc. MUDr. David Stejkal, Ph.D.³,

prof. RNDr. Jitka Ulrichová, CSc.²,

prof. Ing. Vladimír Křen, DrSc.⁴,

MUDr. Jana Vrbková, CSc.⁵,

prof. MUDr. RNDr. Vilím Šimánek, DrSc.⁵

¹ Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

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

³ Oddělení laboratorní medicíny, Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice Prostějov

⁴ Laboratoř biotransformací, Mikrobiologický ústav, AV ČR, Praha

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

Úvod: v alternativní medicíně jsou doporučovány pro své příznivé účinky na prostatu doplňky stravy obsahující selen, vitaminy E a D, fytosteroly, isoflavonoidy a extrakty některých léčivých rostlin. Přesto, že řada otázek o účelnosti užívání přírodních látek ve spojitosti s benigní hyperplazií prostaty (BPH), chronickou prostatitidou, snížením rizika nádorového onemocnění prostaty, resp. podpůrné terapie po radikální prostatektomii, zůstává stále nezodpovězena zejména pro možné vedlejší účinky, interakce s některými léčivy, neurčenou denní dávkou a dobou užívání, lze některé z nich považovat za vhodný doplněk k používaným léčivům.

Cílem práce bylo ověřit vliv přípravku Silymarin-selen (silymarin (SM) 190 mg, selen 25 µg ve formě selenomethioninu a β-sitosterol 10 mg) na vybrané markery u (i) zdravých mužů (studie I), (ii) pacientů po radikální prostatektomii (studie II) a přípravku obsahujícího lyofilizované plody brusinky u mužů se symptomy dolních močových cest (LUTS), zvýšeným prostatickým specifickým antigenem (PSA), negativní biopsí prostaty a histologicky prokázanou chronickou nebakteriální prostatitidou (studie III).

Metody: studií se od října 2007 do prosince 2008 účastnilo celkem 134 mužů. Do dvojité slepé placebem kontrolované **studie I** bylo zařazeno 56 zdravých mužů ($55,0 \pm 8,2$ let; PSA < 2,5 µg/l; negativní DRE) a do **studie II** bylo zařazeno 47 mužů po radikální prostatektomii ($63,8 \pm 5,3$ let; 2 měsíce po RRP bez podpůrné léčby). Všichni účastníci užívali Silymarin-selen (SM-Se) nebo placebo 3x denně po dobu 180 dnů.

Studie III se účastnilo 42 mužů se zvýšenou hladinou PSA a negativní biopsí ($63,0 \pm 5,5$ let), kteří užívali buď 500 mg lyofilizovaného plodu brusinky 3x denně po dobu 180 dnů, nebo byli bez léčby.

Všichni muži byli vyšetřeni při zařazení do studie, v 90. a 180. den studie. Bylo provedeno: klinické vyšetření, BMI, IPSS, IIEF-5, QoL, hematologie, klinická biochemie (PSA, TST, selen, CRP, bezpečnostní laboratoř, lipidový profil, jaterní funkce) a vybrané parametry oxidačního stresu. Ve studii I a III byly hodnoceny urologické parametry: průměrný průtok (Qpr), maximální průtok (Max), objem močového měchýře (V) a reziduální objem po mikci (RV).

Získaná data byla statisticky zpracována a pro porovnání změny markerů v čase byl použit neparametrický dvouvýběrový Wilcoxonův

test, resp. párový Wilcoxonův test s hladinou významnosti 0,05.

Výsledky: statisticky významné rozdíly mezi první a třetí kontrolou na hladině významnosti 0,05 byly zjištěny u těchto parametrů:

- ve **studii I** u skupiny pacientů, která užívala SM-Se byl zaznamenán pokles skóre dotazníku IPSS (celkové, obstrukční a iritační symptomy), došlo ke zlepšení urodynamických parametrů (Qmax, vol, RV) a statisticky významnému poklesu PSA, současně byl pozorován vzestup plazmatické hladiny selenu
- ve **studii II** u skupiny pacientů, která užívala SM-Se byl zaznamenán pokles skóre IPSS (celkové, i obstrukční a iritační symptomy), zlepšení QoL a zvýšení plazmatické hladiny selenu. U parametrů PSA, TST a dalších parametrů nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl
- ve **studii III** u pacientů užívajících brusinku došlo ke zlepšení hodnot IPSS a QoL, urodynamických parametrů (Qmax, Qave, V, RV), k poklesu PSA a zvýšení poměru PSA celkového k volnému

Závěr: naše výsledky prokázaly, že 6měsíční užívání doplňku stravy Silymarin-Selen má pozitivní vliv na parametry močení (**studie I**) a jeho subjektivního vnímání (**studie I a II**). Dále došlo k vzestupu hladiny selenu (**studie I a II**). Předpokládaný účinek kombinace silymarin, selenu a β -sitosterolu na hladinu PSA nebyl potvrzen u mužů po radikální prostatektomii (**studie II**). U zdravých dobrovolníků (**studii I**) byl zjištěn statisticky významný pokles PSA v experimentální skupině ve srovnání s placebem.

Ve **studii III** byl prokázán pozitivní účinek brusinky na LUTS a pokles hladiny PSA u mužů s nebakteriální prostatitidou. Preparáty obsahující brusinku mohou být vhodné k prevenci

onemocnění prostaty, případně mohou být doporučovány jako doplněk ke klasické terapii.

Studované doplňky stravy jsou vhodné k prevenci a podporné terapii onemocnění prostaty.

Studie byly podporovány grantem MSM 6198959216.

Green Light laserová vaporizace prostaty v lokální anestezii kombinované s analgosedací

MUDr. Theodor Kabilka

**Chirurgické oddělení,
Vojenská nemocnice, Olomouc**

Autoři prezentují pilotní soubor pacientů, u nichž byla provedena vaporizace prostaty pomocí Green Light laseru bez nutnosti použití celkové anestezie. Kombinací anesteziologem řízené analgosedace a transperineální aplikace lokálního anestetika je možné provést zákrok stejně kvalitně a s menší zátěží pro pacienta. Taktéž je možné takto operovat pacienty z různých důvodů rizikové pro celkovou narkózu.

Laparoskopická adrenalektomie

MUDr. Igor Hartman

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Úvod: laproskopická adrenalektomie (LA) byla poprvé v literatuře popsána v roce 1992. Od té doby se stala preferovanou metodou při odstranění funkčních i nefunkčních tumorů. Více než 75 % LA se provádí u sekundárních hypertenzí z endokrinní příčiny – Connův, Cushingův syndrom a feochromocytom. Většina center (80 %) používá transperitoneální přístup. První LA na našem pracovišti byla provedena v r. 1998.

Metody: retrospektivně jsme zhodnotili výsledky pacientů, kteří prodělali laparoskopickou adrenalektomii na našem pracovišti v letech 1998–2010.

Výsledky: LA byla provedena ve 171 případech. Každý pacient prodělal předoperačně endokrinologické a radiologické vyšetření. Od roku 2007 je rutině prováděna selektivní katetrizace suprarenální žíly u funkčních tumorů. Jako kontraindikaci operace považujeme podezření na karcinom nadledviny a nádory větší než 12 cm. Transperitoneální přístup s použitím 4 či 5 trokarů byl použit ve všech případech. Průměrná velikost tumoru byla 4,5 cm (1,5–12 cm). Parciální adrenalektomie byla provedena v 7 případech pro adenom solitární nadledviny či pro bilaterální aldosteron produkující adenom. Průměrný operační čas byl 62 minut (38–200 minut). V 15 případech byla krevní ztráta vyšší než 100 ml (100–600 ml). Závažnou peroperační komplikaci jsme zaznamenali 3x, poranění slinivky 2x a poranění tlustého střeva 1x. Ke konverzi v otevřenou operaci bylo nutno přistoupit v 6 případech. Nedošlo k závažné pooperační komplikaci.

Závěr: laparoskopická adrenalektomie je bezpečná operace s nízkým výskytem komplikací. Je ideální pro benigní tumory menší než 12 cm. Transperitoneální přístup poskytuje prostorné operační pole a dobrou orientaci.

Rekonstrukce prolapsů pánevního dna pomocí TVM (transvaginal mesh)

MUDr. Miroslav Krhovský
Urologické oddělení, Nemocnice Kyjov

Cíl: představit vlastní zkušenosti s transvaginálními korekcemi pánevních prolapsů užitím

implantací polypropylenových sítěk (technologie TVM – transvaginal mesh).

Materiál a metody: v období 6/2005–12/2009 bylo na urologickém oddělení Nemocnice Kyjov provedeno 54 korekcí pokročilých pánevních prolapsů. Všechny pacientky měly 3. nebo 4. stupeň pánevního prolapsu. Prolapsy byly korigovány implantací polypropylenových sítěk technologií TVM. Pacientky jsou ambulantně kontrolovány za 14 dní od operace, následně 2 x v 3 měsíčních intervalech, pak v půlročních intervalech.

Výsledky: v časném pooperačním období došlo v jednom případě ke vzniku rozsáhlého hematomu v malé pánvi – řešeno 3. den po operaci transvaginální operační revizí, evakuací krevních koagul, extrakcí sítky a přední kolpoplastikou. Zhojeno bez komplikací, přes vznik recidivy 2. stupně POP je funkční výsledek uspokojivý. U 6 patientek přetrvávalo v časném pooperačním období nevýznamné močové reziduum, které vymizelo do 3 měsíců od operace. V 5 případech byla implantována v druhé době suburetrální páska pro neuspokojivě korigovanou stresovou inkontinenci (SI). V jednom případě došlo k infekci sítky a následné intravezikální erozi – řešeno parciální excizí implantované sítky. Další průběh byl nekomplikovaný. Ve 2 případech došlo ke vzniku recidivy 3. stupně POP. Byly řešeny reoperací, parciální excizí sítě a komplexní transvaginální rekonstrukcí pánevního dna modifikovanou Farnsworthovou operační technologií. Peroperační a pooperační průběh byl v obou případech nekomplikovaný. V obou případech je POP dobře korigován, u jedné z patientek přetrvává parciální inkontinence stolice, která byla přítomna již před 1. operací POP.

Závěr: korekce POP je náročný úkol. Zasahujeme zde citlivých funkcí, jakými jsou

mikce, defekace a sexualita. TVM technologii považujeme za perspektivní metodu řešení POP.

Lokalizace nádoru v rámci včasné diagnostiky karcinomu prostaty

MUDr. Martin Hrabec,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Cíl: cílem práce je posoudit distribuci nádoru v prostatě při jeho včasné diagnostice u pacientů, kteří podstoupili radikální prostatektomii.

Materiál a metody: u 24 pacientů, u nichž byla provedena v letech 2008 až 2010 radikální

prostatektomie, byl preparát prostaty odeslán k patologickému vyšetření do Bostwick laboratories. Zde byl zpracován metodou whole-mount section a nálezy byly následně zhodnoceny stran lokalizace nádoru dle McNealova schématu.

Výsledky: karcinom prostaty byl u všech uvedených pacientů lokalizován v periferní zóně. U 83 % pacientů se jednalo o lokalizovaný tumor, u 17 % o tumor lokálně pokročilý.

Závěr: naše práce potvrzuje, že karcinom prostaty se v klinicky lokalizovaném stadiu vyskytuje v periferní zóně. Do ní je tedy potřeba směřovat všechny biopsie a to včetně rebiopsií za účelem jeho brzké diagnostiky a léčby.

BIOLOGICKÁ LÉČBA KARCINOMU LEDVINY

Garant: prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D.

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 16.45–17.30

Algoritmus léčby metastatického karcinomu ledviny

prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D.

Onkologická klinika LF UP a FN, Olomouc

V posledních několika letech jsme svědky významného pokroku v léčbě metastatického karcinomu ledviny. Karcinom ledviny je onemocněním rezistentním na cytotoxické léky a donedávna měly reprodukovatelnou (i když omezenou) účinnost v léčbě tohoto nádoru pouze 2 léky – interferon-alfa a interleukin-2. Z těchto dvou cytokinů bylo pouze použití interferonu-alfa založeno na průkazu zlepšení přežití v randomizovaných studiích, zatímco registrace

interleukinu-2 v této indikaci byla podpořena pouze dlouhotrvající kompletní odpovědí u malé části pacientů.

Na základě studií proběhlých v předchozích několika letech je v současné době zřejmé, že inhibitory tyrozinových kináz (sunitinib, sorafenib a pazopanib) jsou účinné u nemocných po selhání léčby cytokiny, ale i v první linii metastatického onemocnění. Ukazuje se i účinnost léků cílených na inhibici molekuly mTOR (mammalian target of rapamycin), zejm. temsirolimu a everolimu. V randomizované studii byla ve srovnání s interferonem-alfa prokázána vyšší účinnost sunitinibu (delší doba do progresu i celkové přežití) a temsirolimu (u nemocných

se špatnou prognózou). Nadějně výsledky pilotních studií s bevacizumabem, monoklonální protilátkou proti vaskulárnímu endoteliálnímu růstovému faktoru (VEGF) v monoterapii vedly k iniciaci randomizovaných studií, ve kterých byla v první linii léčby metastatického onemocnění dosavadní standardní léčba (interferon-alfa) kombinována s bevacizumabem a srovnávána s monoterapií interferonem-alfa. Bylo prokázáno významné prodloužení doby dogrese i trend prodloužení celkového přežití (z pohledu analýzy celkového přežití nebylo zatím dosaženo dostatečného počtu událostí) při kombinované léčbě. Prodloužení doby dogrese bylo významné u nemocných s příznivou i intermediární prognózou, účinnost kombinace byla dokonce zachována i v případech, kdy bylo nutné provést redukci dávky interferonu-alfa. V první linii byla tedy v randomizovaných studiích prokázána významně vyšší účinnost sunitinibu nebo kombinace bevacizumabu s interferonem alfa ve srovnání s monoterapií interferonem-alfa. Tento pokrok vedl ve většině vyspělých zemí téměř k opuštění léčby interferonem-alfa, který byl dosud uznávaným celosvětovým standardem. Molekulárně cílená léčba se tak stává postupem volby v první linii léčby metastatického karcinomu ledviny. Další studie začínají definovat i postup po selhání první linie cílené léčby. V randomizované studii bylo prokázáno významné prodloužení doby dogrese při podání everolimu u nemocných po selhání sunitinibu a soraftenibu.

Zavedení biologické léčby mění metastatický karcinom ledviny z onemocnění s rychlým fatálním průběhem na chronické onemocnění. Vystává tedy otázka optimalizace algoritmu léčby, který by maximálně využil potenciál všech účinných léků. Na základě dostupných dat se jako optimální léčba první linie jeví u nemocných s dobrou a intermediární prognózou kombinace interferonu-alfa s bevacizumabem, následovaná v případě selhání sekvenčním podáním nízkomolekulárních inhibitorů tyrozinových kináz a v další linii podáním everolimu.

Toxicita léčby karcinomu ledviny

MUDr. Hana Študentová

Onkologická klinika LF UP a FN, Olomouc

V současné době máme v léčbě metastatického karcinomu ledviny k dispozici několik preparátů cílené léčby. Jedná se o účinné léky s dobrou léčebnou odpovědí, které nám poskytují možnost nabídnout pacientům nejmodernější léčbu. Nic není bez rizika či nežádoucích účinků, proto se velice často potýkáme s větší či menší toxicitou i cílené léčby, která je v mnohém odlišná od toxicity chemoterapie. Bedlivé sledování nemocných a pravidelné kontrolní laboratorní odběry jsou v tomto případě nezbytností. Vzhledem k odlišným mechanismům účinku cílené léčby je každá skupina charakteristická právě i svými nežádoucími účinky, na které musíme včas a adekvátně reagovat.

Kontrola onemocnění – otevření nových možností



**SUTENT® v 1. a 2. linii
metastatického renálního
karcinomu (mRCC)^{2,3,4}**

STANDARD v 1. linii^{1,5}

**HRAZEN
v 1. linii
mRCC***



*pro pacienty s nízkým a středním rizikem

Zkrácená informace o přípravku
SUTENT 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg,
50 mg tvrdé tobolky

Léčiva látka: Sunitinibi malas odpovídající 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg nebo 50 mg sunitinibinu v pevné podobě. **Indikace:** V první a druhé linii u pacientů s metastatickým maligním renálním karcinomem (mRCC) po selhání léčby metotrexátem v důsledku neustálé nebo intolerance, pokročilý a/nebo metastatický adenokarcinom ledviny. **Děrkování a způsob podávání:** Doporučená dávka je 50 mg denně perorálně po dobu 4 po sobě následujících dnů, následuje 2denní pauza (rozhraní 4/2). Na základě individuální tolerance a snášenlivosti mohou být dávky v průběhu po 12,5 mg. Dávková schémata mohou být modifikována. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na sunitinibi-malas nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Současné podávání se silnými inhibitory CYP3A4 může snížit koncentraci sunitinibu v plazmě a kombinace s ním je třeba se vyhnout. Změna barvy kůže je častým nežádoucím účinkem přibližně u 30% pacientů. Pacienti by měli být upozorněni na to, že během léčby přípravkem SUTENT může dojít k reverzibilní hypertenzi kůže/hlasy. Hypertenze byla zaznamenána u 16% pacientů se středním tlakem. U pacientů by měl být prováděn screening hypertenze a případná potřeba její léčba. Dále by se měla provádět vyšetření úplného krevního obrazu na začátku každého léčebného cyklu. Snížení ejekční funkce levé komory o 20% a pod dolní hranici normálních hodnot se objevilo u 2% pacientů s GSI a u 4% pacientů s mRCC. Tyto poklesy LVF se ukázaly jako neprogresivní a často se při pokračující léčbě zlepšily. Pečlivě sledování klinických známek a příznaků městnavého srdečního selhání (CHF) je nutné provádět zejména u pacientů s kardiálními rizikovými faktory a/nebo s onemocněním koronárních artérií v anamnéze. Pokud jsou přítomny příznaky pankreatitidy nebo jaterního selhání, pacienti musí zdržet přípravek SUTENT přenosit a musí mu být poskytnuta náležitá podpora léčby. **Interakce:** S léky ze skupiny silných inhibitorů CYP3A4 a ze skupiny silných induktorů CYP3A4 – viz zvláštní upozornění. U pacientů užívajících současně antikoagulační by se měl pravidelně sledovat celkový krevní obraz, koagulační faktory a tělesný stav. **Těhotenství a kojení:** U těhotných žen nebyly provedeny žádné studie. Není známo, zda je sunitinibi nebo jeho primární aktivní metaboliti vylučováni do lidského mateřského mléka. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacienti by měli být upozorněni, že během léčby se mohou vyskytnout závratě. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacienti by měli být upozorněni, že během léčby se mohou vyskytnout závratě. **Nežádoucí účinky:** Případy krvácení, některé s fatálním průběhem; zahrnovaly gastrointestinální, dýchací a močový trakt, krvácení do tumoru a mozkové krvácení. Případy kardiiovaskulárních úblků, některé s fatálním průběhem; zahrnovaly snížení ejekční funkce levé komory a srdeční selhání. Jiné fatální účinky zahrnovaly multisystémové orgánové selhání, disseminovanou intravaskulární koagulaci, peritonální krvácení, rabdomyolýzu, cerebrovaskulární příhody, dehydrataci, adrenální insuficienci, renální selhání, respirační selhání, pleurální efuze, pneumotorax, šok a náhlé úmrtí. Nejdelejšími závažnými nežádoucími účinky vztahujícími se k léčbě pacientů se solidními nádory byly plícní embolie, trombotyopatie, krvácení do tumoru, ledvinní neúplnost a hypertenze. Mezi nejčastější nežádoucí účinky všech stupňů závažnosti související s léčbou patří: únavu, gastrointestinální poruchy, jako jsou průjem, nauzea, stomatitida, dyspepsie, abd. bolest, flatulence, zvracení, zácpa, glossytnie, suchá v ústech, bolest v ústech; změna barvy kůže; anémie, neutropenie, hypotyreóza, bolest hlavy, dysgeúzie a anorexie; zduřnutí kůže, palmo-planární erytrodermie; změny tvorby vlasů; vyrážka; bolest krevních cév; hemoragie; zánět sliznice otoku; suchá pokožka; alopecie; ztráta chuti k jídlu. **Předpoklady:** Hlavní léčba žádný případ akutního předpoklady. **Uchovávaní:** Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. **Balení:** 30 tobolek v HDPE lahvičce. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NL, Velká Británie. **Registrační číslo:** EMA/1/05/347/001-008. **Datum poslední revize textu:** 05/2009. Vydání léčebného přípravku je vázán na lékařský předpis. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

LITERATURA: 1) Ljungberg B et al. European Association of Urology Guidelines. 2007 edition. 2) Motzer RJ, Rini BI, Bukowski RM et al. Sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma. JAMA. 2006 Jun 7; 295(21): 2516-24. 3) Motzer RJ, Michaelson MD, Redman BG et al. Activity of SU11248, a multitargeted inhibitor of vascular endothelial growth factor receptor and platelet-derived growth factor receptor, in patients with metastatic renal cell carcinoma. J Clin Oncol. 2006 Jan 1; 24(1): 16-24. 4) Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2007 Jan 11; 356(2): 115-24. 5) Figlin RA, Hutson TE et al. Overall survival with sunitinib versus interferon-alfa as first-line treatment of metastatic renal cell cancer (mRCC). ASCO 2008. Oral 5024. 6) www.suk.cz/seznam-leciva-a-zdroj-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni

Souhrnné údaje o přípravku jsou k dispozici na adrese:
Pfizer, spol. s r.o., Šroubočnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: 283 004 111; fax: 251 610 270, www.pfizer.cz

SUT2008.02.07



SATELITNÍ SYMPOZIUM FIRMY: **FERRING PHARMACEUTICALS CZ, S.R.O.**

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 17.30–18.00

Nykturie – jak ji znáte i neznáte

MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.

**Urologická klinika FN a LF UK
v Hradci Králové**

Jako nykturii označujeme nutnost přerušit spánek, vstát a vymočit se alespoň 1x za noc. Incidence v populaci > 50 roků věku je cca 50 % a je přibližně stejná u mužů i žen. Až u 70 % postižených lze prokázat polyurii či noční polyurii, dále se na vzniku podílejí různé formy dysfunkce dolních močových cest, poruchy spánku, pitný režim a stravovací návyky, onemocnění ledvin či srdce a téměř vždy je přítomna kombinace více příčin. Jako noční polyurii označujeme ob- jem vymočené moči za noc, která tvoří > 30 % celkové denní diurézy u starších jedinců, > 20 % u mladších jedinců nebo > 1 000 ml vymočené moči za noc. Příčinou noční polyurie je naru- šení diurnálního rytmu sekrece antidiuretické- ho hormonu (ADH), který je u 30 % lidí ve věku > 50 let otočen. Možností léčby noční polyurie je podání desmopressinu (Minirin Melt), který je syntetickým analogem ADH s významným antidiuretickým účinkem a minimálním vlivem na krevní tlak. Terapii desmopressinem lze užít

u nemocných s benigní hyperplazií prostaty se současnou noční polyurií způsobující nykturie. Noční polyurie je přítomna až u 85 % nemocných s BHP a je příčinou nykturií u 85 % nemocných, kde léčba BHP neovlivní počet nykturií. Minirin Melt je možné úspěšně použít u nemocných s hyperaktivním močovým měchýřem (OAB) i měchýřem neurogenním, pokud je současně přítomna i noční polyurie, která se vyskytuje u cca 75 % nemocných s OAB. Léčba desmo- pressinem (Minirin Melt) není při správné indi- kaci zatížena žádnými závažnými nežádoucími účinky.

Zásady bezpečného a úspěšného použití desmopressinu (MINIRIN MELT®):

- spolupracující pacient
- správná indikace – noční polyurie (mikční deník)
- interní vyšetření
- pitný režim – omezení tekutin
- respektovat KI dané základním onemocněním, KI je hyponatrémie < 130 mmol/l
- po 6. M terapie kontroly natrémie a kalcie
- možnost kombinace s α -blokátory i anticholinergiky

ÚLEVA OD NYKTURIE často **NEPŘÍCHÁZÍ** ani po terapii cílené na BPH a OAB^(1,2) Noční polyurie je nejčastější příčinou **NYKTURIE**⁽³⁾



Minirin[®]
DESMOPRESSIN ORAL LYOPHILISATE
MELT 60/120 µg

**Kdo zdravě spí,
zdravě žije**

Zkrácený souhrn údajů o přípravku. MINIRIN Melt 60 µg, MINIRIN Melt 120 µg. • **Složení:** MINIRIN Melt 60 µg/120 µg obsahuje 68 µg/136 µg desmopressini acetatas. **Léková forma:** Perorální lyofilizát (MELT). **Indikace:** léčba centrálního diabetu insipidus (CDI) a primární noční enurézy (PNE) u pacientů (od 5 let) s normální schopností koncentrovat moč. Symptomatická léčba případů nokturie dospělých, spojené s noční polyurií. **Dávkování:** CDI: celková denní sublingvální dávka 120 µg až 720 µg, počáteční dávka 60 µg třikrát denně, udržovací dávka 60 µg až 120 µg třikrát denně. PNE: počáteční dávka 120 µg sublingválně před spaním, není-li dávka účinná lze zvýšit na 240 µg. V případě příznaků retence vody a/nebo hyponatrémie je třeba léčbu přerušit a dávku upravit. Nokturie: doporučená denní dávka je 60 µg sublingválně před spaním, po jednom týdnu lze zvýšit na 120 µg a následně postupně na 240 µg vždy v týdenních intervalech. **Kontraindikace:** habituální nebo psychogenní polydipsie, srdeční insuficience, renální insuficience a ostatní stavy vyžadující léčbu diuretiky, hyponatrémie, SIADH, předtíživost na desmopresin nebo na některou z pomocných látek. **Zvláštní upozornění:** Při léčbě primární noční enurézy a v indikaci nokturie musí být příjem tekutin v období mezi 1 hodinou před podáním přípravku a 8 hodin po jeho podání omezen. Celkový příjem tekutin za tuto dobu by neměl přesáhnout 0,2 l. U starších pacientů a pacientů s nízkými hladinami sodíku v séru se může vyskytovat zvýšené riziko hyponatrémie. Před začátkem léčby PNE musí být zvážena těžká dysfunkce močového měchýře a obstrukce vývodu. **Nežádoucí účinky:** léčba bez doprovodného omezení příjmu tekutin může vést k retenci vody a/nebo hyponatrémii, bolest hlavy, bolest břicha, nevolnost, závratě, sucho v ústech, periferní otoky, časté močení, zvýšení tělesné hmotnosti. **Významné interakce:** nesteroidní protizánětlivé léky zvyšují pravděpodobnost retence vody a hyponatrémie. Látky, u nichž existuje podezření, že uvolňují antidiuretický hormon (tricyklická antidepresiva, selektivní inhibitory serotoninové reabsorpce, chlorpromazin, karbamazepin), mohou způsobovat sčítání antidiuretického účinku, vedoucí ke zvýšenému riziku retence tekutin/hyponatrémie. Souběžná léčba foperamidem může mít za následek trojnásobné zvýšení koncentrace desmopresinu v séru, což může vést ke zvýšenému nebezpečí retence vody či hyponatrémie. **Těhotenství a kojení:** Při předepisování desmopresinu těhotným ženám je nutná opatrnost. Množství desmopresinu vyloučeného do mateřského mléka je značně nižší, než je potřebné k ovlivnění diurézy. **Velikost balení:** 30 perorálních lyofilizátů. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Přípravek uchovávejte v původním obalu, aby byl chráněn před vlhkem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Ferring-Léčiva, a.s., K Rybníku 475, 252 42 Jesenice u Prahy, ČR. **Registrační číslo:** MINIRIN Melt 60 µg: 56/358/05-C; MINIRIN Melt 120 µg: 56/359/05-C. **Datum revize textu:** MINIRIN Melt 60 µg/120 µg 25.3. 2009. Podrobnější informace v SPC textu nebo na adrese firmy. Lék k vnitřnímu užití. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

LITERATURA: 1) Brubaker L: Nocturnal polyuria and nocturia relief in patients treated with solifenacin for overactive bladder symptoms. Int Urogynecol J;2007;18:737-741. 2) Yoong H F et al: Prevalence of Nocturnal Polyuria in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia. Med J Malaysia; Vol 60 No 3;2005;294-296. 3) Rembratt A et al: What is nocturnal polyuria? BJU Int 2002;90(Suppl 3):18-20.

FERRING
PHARMACEUTICALS

Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:
FERRING Pharmaceuticals CZ, s.r.o., K Rybníku 475, 252 42 Jesenice u Prahy
telefon: 241 041 111, fax: 241 041 804

www.nykturie.cz

PŘEDNÁŠKA VYZVANÉHO HOSTA

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 19.00–19.30

Karcinom prostaty 2010, stále vzdorující

prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., FCMA
Urologická klinika VFL a 1. LF UK v Praze

Karcinom prostaty (CaP) je v Evropě 5. nejčastějším solidním zhoubným novotvarem i 2. nejčastější onkologickou příčinou úmrtí mužů starších 50 let. V Evropské Unii v roce 1998 onemocnělo tímto nádorem 145 000 mužů a 56 000 na něj zemřelo. Narůstající incidence a stále významná mortalita CaP potvrzují jeho zdravotní, společenský i ekonomický význam. Incidence CaP po krátkém období na konci 90. let, kdy se ustálila, nadále vzrůstá. Mortalitu se ve vyspělejších zemích světa zatím podařilo zpomalit. Výjimkou jsou USA, Velká Británie a Francie, kde má mortalita sestupný trend. V ČR je každoročně zjištěno asi 3 500 nových CaP a kolem 1 350 mužů na CaP zemřel. Na tomto trendu se podílí vedle PSA testování i **stárnoucí populace**. Převážnou většinu nemocných s CaP tvoří muži nad 50 let, s průměrným věkem v době diagnózy kolem 68 let. Část z nich je v produktivním věku a vede aktivní život.

Jaké jsou hlavní příčiny jeho léčebné odolnosti. Jsou to především neznalost etiologie, histopatologická i klinická heterogenita a neexistence univerzální systémové léčby. Stále platí, že **CaP je vyléčitelný jen je-li ohraničen na prostatu. Pokud překročí její hranice, stává se pouze léčitelným a to dočasně (paliativně)**. Skutečností také zůstává, že **více mužů umírá s CaP a ne na něj**. Menší část CaP má povahu hereditární-

ho onemocnění a pozitivní rodinná anamnéza (zvláště v první linii) spolu s vyšším věkem a ne-groidní rasou jsou hlavními rizikovými faktory. Etiopatogeneze CaP není známá, spekuluje se o faktorech zevního prostředí (např. nedostatku slunečního záření) i nutričních vlivech (obezitě, západním způsobu stravování), které ke vzniku CaP napomáhají. Stravovací zvyky zřejmě také souvisí s nápadnými geografickými rozdíly, kdy v zemích Středního a Dálného Východu je toto onemocnění vzácné a naopak v západních zemích, s vysokým životním standardem, časté. Tento předpoklad podporuje i to, že migrací obyvatelstva se tyto rozdíly po určité době stírají. **Histologická heterogenita** znamená, že pod označením CaP jsou zahrnuty všechny nádory vycházející ze žlázo-vého epitelu prostaty, bez ohledu na svůj maligní (růstový) potenciál. Na jedné straně tedy existují CaP (**okultní**), které rostou velmi pomalu, celoživotně unikají rozpoznání a jsou náhodným zjištěním z bioptického materiálu odebraného z jiných důvodů anebo na pitevním stole. Na opačném pólu stojí vysoce agresivní, životu-nebezpečné nádory (**letální**). Mezi nimi potom stojí biologicky pestrá škála tumorů neurčité prognózy. **Chování CaP se pod různými vlivy může zřejmě změnit**. Tato skutečnost může však být relativní, přihlédneme-li k možnosti trvajících diagnostických nepřesností, které mohou vést k nesprávnému zhodnocení. I přes velký diagnostický pokrok posledních let přesnou povahu jednotlivých CaP nelze stanovit. Chování nádoru je možné použitím statistických metod pouze předpovídat na základě jejich kli-

nických i histologických charakteristik. Za tímto účelem byla zkonstruována řada tabulek a grafů. Statistické hodnocení má své limity, a proto ta nepřesnost a překvapivé zvraty. Také nelze zcela přesně říci, zda změna chování nádoru (růstového potenciálu) je proti předpokladům skutečnou změnou chování, dílem diagnostických nedostatků anebo chybou prognózování.

Rozsáhlá informační kampaň, která následovala po uvedení PSA na přelomu 80. a 90. let do kliniky (**PSA éra**), vedla k prudkému nárůstu PSA vyšetření a následně k zásadním změnám prezentace CaP. Zatímco před PSA érou mělo kolem 80 % mužů v době diagnózy již metastázy, dnes je více než 90% CaP ohraničených (lokalizovaných) na prostatu. Zároveň pokleslo vstupní PSA (< 4 ng/ml), snížil se průměrný věk na 65 let a pokleslo i průměrné Gleasonovo skóre na 6. Většina aktuálně diagnostikovaných CaP je incidentální povahy (T1c), neboť jsou diagnostikovány cestou biopsie prostaty, indikované na základě zvýšeného PSA. Tímto posunem se stala většina nádorů vyléčitelná radikální prostatektomií (RaPE) anebo ozářením (AT), které mají i nadále v léčbě lokalizovaného CaP rozhodující postavení. Platí to i přes překvapivé zjištění, že po 10letém zhodnocení těchto metod mělo recidivu až 40% léčených. Vysvětlení se hledá v nesprávné diagnostice (pokročilý Ca) a možné přítomnosti klinicky neprokazatelných mikrometastáz.

PSA skríníng (většinou oportunní, tj. provedený na žádost nemocného) přináší i stinné stránky. Vede k odhalení nádorů v časných stadiích (kurabilních), ale i těch, které by normální cestou unikly celoživotní pozornosti. Přináší tak nebezpečí přehnané diagnostiky (**overdiagnosis**) a přehnaného léčení (**overtreatment**). Tato

negativa vedou vedle zbytečných ekonomických nákladů a nežádoucích psychické zátěží nemocného a jeho nejbližších i k jeho poškození zbytečnou léčbou. Každá aktivní léčba, která většinou diagnózu CaP následuje, přináší i vedlejší nežádoucí účinky, snižující kvalitu života. Jsou to především erektilní dysfunkce, inkontinence moče, zvýšená dráždivost močového měchýře a postižení GIT. Výsledky recentních studií podporují názor, že PSA detekce CaP vede ve většině případů k předčasnému (předklinickému) odhalení (**tzv. leading time**), které má jen relativní vliv na uzdravení anebo délku přežití, neboť ve skutečnosti neovlivní průběh onemocnění. U podstatné části tzv. **indolentních CaP** (až u 50 %) je aktivní léčba předčasná anebo dokonce zcela zbytečná. V loňském roce byly zveřejněny první závěry mezinárodních studií EORTC a PLCO zkoumajících vliv PSA skríníngu na mortalitu CaP. Jejich výsledky jsou protichůdné a definitivní stanovisko bude potřebovat podrobnější zpracování a zhodnocení s větším časovým odstupem.

Pokud CaP opustil prostatu buď vlivem pozdní diagnózy anebo nesprávné léčby, stává se jeho prognóza nepříznivou. Z klinického hlediska potom hovoříme o **lokálně pokročilém CaP**, když se rozšířil do okolí a **metastatickém CaP**, pokud se stal systémovým onemocněním.

Při léčebné rozvaze, ve které by měl mít rozhodující slovo především maximálně informovaný pacient, případně ten kdo se o něj bude starat, je nutné bedlivě zvážit všechna negativa i pozitiva. Nezapomínat, že každá léčba je spojena s nežádoucími účinky, které v různé míře snižují kvalitu života pacienta. Cílem léčby musí být nemocného uzdravit (vyléčit) anebo léčit (mírnit) projevy jeho onemocnění. Je třeba zdůraznit, že

nejde jen o prodloužení života za každou cenu, ale u nezvratných stavů především o důstojné dožití a ne o doživoření.

Klinické charakteristiky CaP odhalené na základě PSA testu a následně BP umožňují uvažovat o indolentním charakteru nádoru a možnosti tzv. konzervativní léčby. Za **indolentní CaP** lze podle Epsteinova prohlásit ten, který zapadá do následujícího rámce: objem do 0,5 cm³, PSAD menší než 0,15, GS do 6, méně než 3 ze 6 vzorků pozitivní na Ca, méně než 50 % nádoru v pozitivním vzorku. **Konzervativní léčba CaP** má dvě formy: pozorné vyčkávání (Watchful Waiting) a aktivní sledování (Active Surveillance). **Pozorným sledováním** se rozumí pouhé dispenzarizování nemocného spojené s léčením pouze nádorem vyvolaných obtíží. Není to tedy protinádorová léčba, a proto má opodstatnění jen u nemocných s krátkou předpokládanou dobou dožití (life expectancy). Jsou to zejména nemocní s těžkými komitujícími chorobami a muži ve vysokém věku. **Aktivní sledování** je strategie, která vychází z možnosti odložené aktivní léčby. Předpokládá, že existuje tzv. terapeutické okno, během kterého nádor dlouhou dobu roste pomalu, aniž by opustil prostatu. Jakmile se na základě nálezu per rectum, nárůstu PSA anebo změny TRUSu objeví náznaky progresu, je indikována rebiopsie a okamžité zahájení aktivní léčby (RaPE nebo AT). Existují studie, které neprokázaly rozdíl mezi okamžitou a odloženou léčbou ve vlivu na dobu do progresu a přežívání. Předpokladem AS je pravidelné sledování maximálně informovaného nemocného, jeho compliance a souhlas.

Základní aktivní léčebná strategie CaP se příliš nezměnila. **Výchozí strategií u časných stadií CaP** (lokalizovaný, lokálně pokročilý a regionálně pokročilý – postižení obturatorových uzlin) je lo-

kální (kurativní) léčba, kde hrají prim RaPE a AT. RaPE a AT jsou podle čerstvých EBM studií terapeuticky rovnocenné. U obou došlo k významnému technickému zlepšení, které má za následek pokles nežádoucích účinků a větší léčebný efekt. Stále širší uplatnění získává i permanentní brachyterapie. Je indikována u nízko-rizikového lokalizovaného CaP, zejména u mladších mužů. Kryoterapie a HI-FU (High Intensity Focused Therapy) jsou stále spíše experimentálními metodami. **Výchozí léčbou u metastatického CaP zůstává androgenní deprivace (AD)**, na kterou reaguje asi 90 % nádorů. Má dvě formy, **farmakologickou či chirurgickou kastraci** anebo **antiandrogenní léčbu**. Jejich kombinace se nazývá **maximální androgenní blokáda**. Její nadřazenost nad pouhou kastrací anebo aplikací antiandrogenů nebyla dosud prokázána žádnou EBM studií. Androgenní deprivace má jen dočasný efekt. Ve snaze tento stav oddálit vznikla koncepce tzv. **intermitentní androgenní blokády (IAB)**, která spočívá ve vysazení léčby, jakmile poklesne hladina PSA pod 4 ng/ml a její nové nasazení při vzestupu PSA nad 10–15 ng/ml u hormon naivního CaP a 10–20 ng/ml u metastatického CaP. IAB není součástí doporučených postupů androgenní deprivace. Většinou po 24–32 měsících AD se začne opět zvyšovat hladina PSA. V této situaci je nutné vyzkoušet některou z hormonálních manipulací (efekt vysazení antiandrogenů, dále maximální androgenní blokádu a záměnu antiandrogenů). Použití estrogenů naráží na jejich kardiotoxicitu, což je závažné zejména u starších nemocných. V situaci, kdy po vyčerpání všech těchto možností PSA vzrůstá, se stává **CaP tzv. kastračně-rezistentním**. Do nedávné doby se již v tomto stadiu hovořilo o hormon-rezistentním CaP. Bylo potvrzeno, že

i když při kastracích hodnotách testosteronu narůstá PSA, lze v nádorových buňkách prokázat androgen-receptorové dráhy, vysokou hladinu intratumorálních androgenů a nadměrnou produkci enzymů, které hrají klíčovou roli při syntéze androgenů. U kastracně-rezistentního CaP je indikována tzv. **druhá řada hormonální léčby**. Jejím cílem je potlačit extragonadální (nadledvinkové) androgeny. Velká toxicita preparátů, které potlačují produkci adrenálních androgenů (Glutetimid a Ketokonazol), brzdila širší použití této léčby. Nyní je k dispozici **abitarone acetát**, který blokuje mikrozomální enzym CYP17. Tato blokáda vede k zastavení biosyntézy androgenů i estrogenů. Významné je to, že abitaronem není ovlivněna syntéza kortikosteronu.

U **kastracně-rezistentního CaP** se, zatím převážně v experimentu, zkouší **nové formy cílené terapie**. O abirateronu, který je již v klinických zkouškách, byla již zmínka. Do této skupiny preparátů ovlivňujících androgenní receptory patří i **MDV3100** (antagonista androgenních receptorů). Mezi látky působící proti angiogenezi patří: **becizumab** (monoklonální protilátka proti VEGF-A), **afli-bercept** (potentní inhibitor VEGF, VEGF-B, VEGFR-1 a VEGFR-2 a placentární růstový faktor) a **sunitib** (inhibitor receptoru tyrosin kinázy VEGFR, PDGFR a KIT). Dále jsou to imunoterapeutika **sipuleucel-T** (stimulující T buněčnou imunitu proti prostatické kyselé fosfatáze), **GVAX platforma** a **ipilimumab** (humánní monoklonální protilátka proti CTLA-4). Mezi preparáty ovlivňující apoptózu náleží **G3139** (inhibuje expresi BCL-2 a zesiluje účinek chemoterapie). Předmětem zájmu jsou i **chaperonové proteiny**, kam se řadí **17-AAG** (17-allylamino-17-demethoxygeldanamycin). Je to benzochinon ansamycinové antibiotikum s výraznou protitumorovou

aktivitou. Dalším chaperonem je **OGX-011**, která zvyšuje tkáňový poločas. Do cílené léčby patří dále preparáty zaměřené na **inzulinu podobný růstový faktor** (humánní monoklonální protilátky CP-751,871 a AMG-A12). Vzhledem k častosti kostních metastáz je cílená léčba směřována i tímto směrem. Jsou to např. **denosumab** (humánní monoklonální protilátka proti receptorovému aktivátoru nukleárního faktoru – RANK a jeho ligandu RANK-L), **atrasentan** (orální kompetitivní inhibitor endotelinu-1, který je mediátorem osteoblastické odpovědi kosti na metastatický proces) a **ZD4054** (specifický inhibitor endotelinu-A). Proti kostním metastázám působí i **dasatinib** (účinkuje proti skupině Src nerekceptorové tyrosin kinázy).

U hormonálně rezistentního CaP je při pokračující androgenní deprivaci metodou první volby chemoterapie docetaxelem. V prevenci kostních komplikací (fraktury, míšní léze) a snad i ve zpomalení progresu má dnes již pevné postavení léčba bisfosfonáty na čele s kyselinou zoledronovou.

Problematika CaP je velmi komplikovaná a je multidisciplinární. V ČR máme nyní k dispozici konsenzuální doporučené postupy v onkologii, které by nám měly podstatně usnadnit cestu na tomto tenkém ledě a měly by předefinovat hraní „na svém (rozuměj podle oboru) písčku“.

*Klinicky lokalizovaný CaP
Riziko progresu (D'Amico)*

RIZIKO	iPSA (ng/ml)	GS	cT
Nízko-rizikový	≤ 10	+ ≤ 6	+ T1c, T2a
Středně-rizikový	10–20	nebo 7	nebo T2b
Vysoce-rizikový	≥ 20	nebo 8–10	nebo T2c

KARCINOM PROSTATY A METASTÁZY V KOSTECH: JAK POZITIVNĚ OVLIVNIT ŽIVOT PACIENTŮ?

Garant: prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 19.30–20.20

Kostní metastázy u karcinomu prostaty, současná doporučení pro podávání bisfosfonátů

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Dle údajů Národního onkologického registru (NOR) je v ČR diagnostikováno 17 % mužů s karcinomem prostaty (KP) ve stadiu IV., ale celkově až u 80 % pacientů dochází ke generalizaci. Nejčastější lokalizací diseminace karcinomu prostaty je skelet. Metastázy KP jsou převážně osteoplastické, ale mohou být v menší míře i osteolytické. Při vzniku metastáz dochází ke vzájemné interakci nádorových buněk s buňkami kostní dřeně. Dochází k uvolnění řady parakrinních faktorů s následnou aktivací osteoblastů a osteoklastů. Kostní diseminace je spojena s výrazným rizikem zhoršení kvality života, především v souvislosti se vznikem závažných kostních příhod (SRE). Mezi hlavní symptomy kostní diseminace patří bolest, patologické fraktury. SRE způsobují ztrátu funkční nezávislosti a snížení kvality života, vedou ke kratšímu přežití pacienta.

Součástí léčby diseminovaného karcinomu prostaty by měla být i léčba kostních metastáz, která snižuje možnost rizika vzniku SRE.

Na základě Evidence Based Medicine vznikla řada doporučení:

Bisfosfonáty jsou doporučeny u pacientů s kostními metastázami (klinicky byla zkoušena kyselina zoledronová). Kyselina zoledronová je v současné době jediný schválený bisfosfonát pro léčbu pacientů s karcinomem prostaty. Léčba by měla být zahájena okamžitě po zjištění kostních metastáz. Riziko SRE je trvalé. Doporučuje se podání bisfosfonátu po dobu 2 let, nebo je léčba ukončena po výrazném zhoršení celkového stavu pacienta.

I přes jednoznačná doporučení k využití bisfosfonátů v komplexní paliativní léčbě pacientů s diseminovaným karcinomem prostaty je její využití v praxi nízké. Bohužel většina praktických urologů tuto léčbu nejen nevyužívá, ale je neo-desílá do specializovaných center.

Praktický přístup k pacientovi s kostními metastázami u urologických nádorů

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika LF a FN, Olomouc

Skeletální postižení je jednou z nejzávažnějších kapitol v diagnostice a terapii pokročilých uroonkologických onemocnění. Jde o komplexní proces narušující normální osteogenezi, který ve svém důsledku vede ke vzniku kostních bolestí, k anémii při postižení kostní dřeně neoplastickými buňkami či jejich působky, a hlavně ke snížení stability zejména axiálního skeletu s vyšším rizi-

kem patologických fraktur a s tímto souvisejících míšních kompresí. Zatímco diagnostika kostního postižení je součástí běžného vyšetřovacího algoritmu (vedle rtg a scintigrafie skeletu může přispět k odhalení skeletálních metastáz např. stanovení kostních onkomarkerů), vlastní terapie těchto metastáz nedosahuje zdaleka tak optimistických výsledků. Chirurgické řešení metastáz je možné jen u malé části pacientů (zpravidla solitární metastázy řešitelné stabilizací postiženého segmentu), systémová léčba skeletálních metastáz se může lišit dle primární onkologické diagnózy. Nejčastějšími a tedy z medicínského hlediska nejvýznamnějšími jsou skeletální postižení při karcinomu prostaty. Ačkoli se v tomto případě u většiny pacientů uplatňuje efekt hormonální ablační terapie (medikamentózní či chirurgická kastrace), její účinnost je zpravidla jen dočasná a s různým odstupem pak dochází k další systémové progresi onemocnění. Možnosti následné léčby skeletu v souvislosti s karcinomem prostaty, ledviny či močového měchýře spočívají v zevní radioterapii metastáz (lokalizovaně či plošně, tzv. hemi-body radiation), v intravenózní aplikaci radioizotopů (radium, samarium, stroncium, rhenium) či v podávání protektivně i terapeuticky působících bisfosfonátů.

Princípem účinku bisfosfonátů je potlačení endogenní kostní resorpce supresí aktivity osteoklastů. Dochází tak nejen ke snížení rizika patologických fraktur, ale i snížení kostních bolestí. Perorální formy bisfosfonátů nedosahují zdaleka tak pozitivních výsledků jako jejich intravenózní formy. Z těchto má nejvyšší účinek preparát III. generace kyselina zoledronová (Zometa) podávaná v pravidelných 3-týdenních cyklech (týká se nejen karcinomu prostaty, ale i měchýře či ledviny). V případě karcinomu prostaty je indikací aplikace

zoledronátu hormonálně rezistentní karcinom (HRCp) s prokázanými metastázami ve skeletu, ačkoli je doložen pozitivní efekt i u pacientů s HRCp bez kostních metastáz či u pacientů se symptomatickým hormonálně senzitivním karcinomem se skeletálními metastázami. Maximálního efektu je dosahováno při dlouhodobé aplikaci zoledronátu (tj. více jak 12 měsíců) a to zejména u pacientů v dobrém biologickém stavu (příznivý performance status a life expectancy).

Kromě výše uvedených specifických přístupů v prevenci a terapii kostního postižení se uplatňují i nespecifické postupy (suplementace vitamínu D, kalcia či přiměřená pohybová aktivita). Závažnost skeletálních změn v uroonkologii spočívá v obtížné léčbě s často nedostatečnou klinickou odpovědí a z tohoto důvodu zůstává toto téma výzvou pro další klinický výzkum.

Praktické poznatky se zahájením Projektu Preventio na jižní Moravě

prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.

Urologická klinika FN a LF MU, Brno

Úvod: autor ve svém sdělení přináší informaci o zhodnocení léčebných postupů u pacientů s karcinomem prostaty a kostními metastázami v jihomoravském regionu.

Průzkum se skládal ze dvou částí – první obecně chtěla zjistit počty pacientů s kostními metastázami a jejich stratifikaci dle typu pracovišť v jihomoravském regionu, druhá si potom kladla za cíl zjištění podílu pacientů léčených v souladu s guidelines, zhodnocení dávkovacího režimu (soulad s SPC: úprava dle ledvinových funkcí, frekvence podání, doplňková léčba) a zhodnocení kvality života dle EORTC.

Metoda: opírala se o vyplnění dotazníků speciálně vytvořených k tomuto účelu informovanými urology.

Soubor: celkem byla do průzkumu zařazených 106 pacientů s průměrným věkem 70 let v době diagnózy karcinomu prostaty. Při prvním zachytu bylo 72,6 % pacientů bez kostních metastáz, 27,4 % s metastázami. 71,1 % pacientů pocházelo z center, 28,3 % z ambulantních pracovišť.

Výsledek: 100 % pacientů s diseminací bylo léčeno bisfosfonáty (BP), 93,6 % léčeno i.v. podáním zoledronátu. Medián doby od diagnózy metastáz do léčby BP byl 1,5 měsíce, u 75 % pacientů byla léčba zahájena za dobu kratší než 3 měsíce od

Dg. Hodnota sérového kreatininu byla sledována u všech pacientů, určité rezervy byly zjištěny ve sledování clearance kreatininu a substituční léčby.

Skóre bolesti pokleslo o 1,14 bodu ($p < 0,0001$), hodnocení aktivit dle EORTC vykazovalo statisticky významné zlepšení ve všech parametrech.

Závěr: pacienti s kostní diseminací, u kterých je indikována léčba BP, jsou léčeni včas, dle současných doporučených postupů. Léčba je z větší části soustřeďována do center. Jsou stále určité rezervy při dodržování substituční léčby a existuje určitý rozpor mezi předpokladem geografického rozložení pacientů a klinickou praxí, který představuje potencionální zdroj zlepšení péče.

POKROČILÝ KARCINOM PROSTATY

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 20.30–21.00

Nové možnosti ovlivnění kostního postižení

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Remodelace kosti je konstantní proces, který je u zdravého jedince v rovnováze. Osteoblasty se účastní novotvorby kosti a osteoklasty naopak kostního odbourávání. Jejich funkce je za fyziologického stavu vyvážená. Na udržování této rovnováhy se významně podílí protein zvaný osteoprotegerin (OPG) a také RANK ligand (RANKL). Osteoprotegerin zabraňuje nadměrné aktivitě RANKL a tím kostnímu dobourování zprostředkovanému osteoklasty.

RANK ligand je bílkovina produkovaná osteoblasty a je nezbytná pro tvorbu, aktivaci, funkci

a přežívání osteoklastů, které vedou ke kostní resorbci. Zvýšená produkce RANKL ligandu je charakteristická jednak pro stavy po hormonální léčbě antiandrogeny nebo antiestrogeny, ale k nadbytku RANKL ligandu dochází také vlivem nádorového bujení samotného. Nádorové buňky uvolňují totiž růstové faktory a cytokiny, které podporují osteoblasty k vyšší sekreci RANKL ligandu. Ten pak následně aktivuje nadměrně osteoklasty k jejich resorbční aktivitě.

U nádorových onemocnění hraje postižení kostí významnou roli. Může být způsobeno samotným nádorem nebo následkem onkologické léčby. Společným jmenovatelem kostních komplikací je zvýšený kostní obrat způsobený zrychleným odbouráváním kosti. Ztráta kostní hmoty vede ke zlomení

nám, zhoršení kvality života a ke zvýšenému riziku úmrtnosti. Klíčovou roli při tomto úbytku kostní hmoty a kostní destrukci hraje RANK ligand.

Obdobou přirozeného osteoprotegerinu je denosumab, plně humánní monoklonální protilátka s vysokou afinitou k RANK ligandu, která se na něj dokáže navázat a tím brzdí kostní resorpci osteoklasty. Toho lze léčebně využít při zábraně úbytku kostní hmoty.

První výsledky studií s denosumabem

MUDr. Jaroslav Perníčka, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Autor prezentuje první výsledky studií s podáváním denosumabu, přičemž se soustřeďuje na studie zabývající se karcinomem prostaty.

V souvislosti s objevením role RANK ligandu a osteoprotegerinu v kostním metabolismu je v posledních letech věnována zvýšená pozornost kostnímu

poškození při nádorových onemocněních. K poškození kosti dochází jednak v důsledku samotného onemocnění v podobě metastáz či jejich klinických komplikací a v důsledku protinádorové hormonální léčby, jejímž nežádoucím efektem je úbytek kostní hmoty s následnou zvýšenou frekvencí fraktur.

Príslibem v prevenci a léčbě poškození kostí u onkologických pacientů je nová monoklonální plně humánní protilátka denosumab, která již prošla mnoha klinickými hodnoceními 3. fáze, několik bylo zaměřeno na pacienty s karcinomem prostaty. Nejvýznamnější studie u této onkologické diagnózy jsou zaměřeny na prevenci a úbytek kostní hmoty po androgen-deprivační terapii (Smith MR, et al. *N Engl J Med.* 2009;361:745–755), na prevenci vzniku kostních metastáz (výsledky 2010), oddálení kostních komplikací již přítomných metastáz (výsledky 2010). Denosumab byl také úspěšně zkoumán v klinických hodnoceních u jiných metastazujících karcinomů, kde prokázal superioritu (Ca prsu) nebo non-inferioritu (ostatní solidní nádory včetně mnohočetného myelomu).

LOKALIZOVANÝ KARCINOM PROSTATY – PROBLEMATIKA, DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 21.00–21.30

Přednáškový blok podpořila firma: AstraZeneca Czech Republic, s.r.o.

Epidemiologie a problematika diagnostiky lokalizovaného karcinomu prostaty

MUDr. Michal Grepl, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Karcinom prostaty je v současné době jednou z nejčastějších malignit mužské populace v Evropě. Podle dat European Association of Urology dosahuje incidence 214 případů na 1 000 mužů a karcinom prostaty je druhou nejčastější příčinou úmrtní

na maligní onemocnění. Přesto je, vzhledem k použití PSA a programům včasné detekce, většina diagnostikovaných onemocnění lokalizovaná.

Navzdory značným pokrokům v diagnostice zůstává biopsie prostaty pod kontrolou transrektální ultrasonografie metodou volby. Biopsie je indikována na základě hladiny PSA a/nebo podezření při vyšetření per rectum. Žádné další onkomarkery zatím nedosáhly všeobecného rozšíření.

Na naší klinice probíhá vyhledávání mužů v riziku formou včasné detekce. Pomocí sdělovacích prostředků je populace informována o riziku karcinomu prostaty, je nabízen bezplatný odběr PSA a preventivní urologické vyšetření.

Pacienti jsou indikováni k dalšímu vyšetření při elevaci PSA s ohledem na věkově specifickou hranici (hladina PSA > 2,0–2,5 ng/ml), významné velocity PSA (> 0,5 ng/ml/rok) nebo jde o pacienty se suspektním palpačním vyšetřením prostaty per rectum. Při biopsii se vždy jedná o multiplikovaný odběr, nejčastěji je k určení počtu vzorků používán Djavanův „Vídeňský nomogram“.

V souboru více jak 1 200 biopsií prostaty, provedených za poslední tři roky, byla hodnocena řada proměnných tak, aby bylo možné indikace stále zpřesňovat a snižovat tak počet „zbytečných“ biopsií. Z široké problematiky budou nyní uvedeny tři parametry: celkové PSA, volné PSA a objem prostaty.

Záchyt karcinomu prostaty pozitivně koreluje s hodnotou celkového PSA. Ovšem i u pacientů s hodnotou nižší lze zachytit signifikantní procento karcinomů. V naší skupině s nízkým PSA (PSA < 4 ng/ml) byl záchyt karcinomu 18,8%. Ve skupině s PSA vyšším než 4 ng/ml byl průměrný záchyt signifikantně vyšší 30,7% ($p < 0,001$). Ze souboru bylo 57,8% nemocných ve stadiu T1c, 36,8% T2a–c

a 5,4% pacientů mělo podezřením na stadium T3a, T3b. V biopsii byl v 65,8% popsán low-grade karcinom Glesonovo skóre (GS) 2+3 nebo 3+3. V 26,3% bylo popsáno GS 7 a ve 7,9% GS 8 a více.

V definitivním vyšetření prostaty po radikální retropubické prostatektomii bylo 75,8% karcinomů lokalizovaných a 24,2% pokročilých. V 9,7% měli již pacienti zjištěno metastatické postižení uzlin nebo skeletu. Zhoršení klinických stadií je na hranici statistické významnosti ($p=0,06$). V histologickém preparátu po operaci bylo u 32,2% pacientů popsáno GS 6, u 50% GS 7 a v 27,8% bylo popsáno GS 4+5. Celkové zvýšení GS v definitivním preparátu a jeho posun k agresivnějším formám byl statisticky významný ($p=0,005$).

Průměrný index volného k celkovému PSA u pacientů s karcinomem prostaty byl 14,99%, medián 13,1%, SD 4,66%. U pacientů s benigním nálezem byl průměrný index volného k celkovému PSA 18,9%, medián 18%, SD 8,04%. Statistický test potvrdil významný rozdíl s $p > 0,0002$.

Také objem prostaty výrazně ovlivňuje záchyt karcinomu. Ve skupinách rozdělených podle celkového objemu prostaty, první do 20 ml, dále po 10 ml až do celkového objemu 100 ml a poslední skupina nad 100 ml, klesal záchyt ze 44% (u pacientů s objemem prostaty do 20 ml) na pouhých 13,6% (u pacientů s objemem prostaty 70–80 ml) při rostoucím počtu vpichů od 8,22 (u pacientů s objemem prostaty do 20 ml) na 13,54 (u pacientů s objemem prostaty nad 100 ml).

V neposlední řadě i vyšetřující lékař a technika provedení biopsie ovlivňuje výsledný záchyt karcinomu prostaty.

Závěr: při použití všech výše uvedených znalostí a postupů dosahuje průměrný záchyt karcinomu prostaty v primobiopsiích na naší klinice

30–32%. Přestože uvedené faktory signifikantně korelují s karcinomem prostaty, nelze žádnou hodnotu ani ukazatel použít samostatně jako absolutní indikační kritérium k provedení biopsie prostaty. Naopak je třeba zhodnotit všechny parametry dohromady s řadou dalších faktorů, jako je věk a celkový zdravotní stav pacienta, jeho chuť se při pozitivním nálezu léčit, terapeutické možnosti daného klinického pracoviště (aktivní sledování, retropubická radikální prostatektomie, robotická radikální prostatektomie, radioterapie, ...) apod.

PCA3 v diagnostice karcinomu prostaty

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Karcinom prostaty je diagnózou, jež stojí z důvodu své prevalence v centru pozornosti celé urologie. Za posledních dvacet let se udála řada klíčových změn v diagnostice a terapii karcinomu prostaty, přičemž za hlavní je považováno uvedení PSA do klinické praxe. S tímto související tzv. migrace stadií vedla ke zlepšení léčebných možností a prognózy pacientů, a to zejména z důvodu časnější indikace punkční biopsie jakožto základního diagnostického prvku. Záchytnost karcinomu v biopsii prostaty se pohybuje (dle použitého cut-off pro indikaci biopsie) kolem 30%. Indikace rebiopsie pak závisí na řadě faktorů, jako je absolutní hodnota PSA, free PSA, věkově specifické PSA, PSA velocita a rektální nález. V současné době je kladen důraz na odhalení dalších ukazatelů, jež by pomohly snížit četnost nadbytečných rebiopsií prostaty. Ani PSA samotné (ani s jejími odvozenými parametry) však není ideálním testem. Snížením

absolutní hodnoty PSA jako indikačního kritéria pro biopsii prostaty sice zachytíme větší množství karcinomů, zvýší se však i počet negativních biopsií prostaty či odhalení tzv. insignifikantních karcinomů prostaty. Jednou z možností je odhalení nových genetických markerů, jakým je např. prostate cancer gene 3 (PCA3). Jde v současné době o jeden z nejslibnějších onkomarkerů specifických pro karcinom prostaty, který lze izolovat z moči – obdobně jako PSA je v různé míře exprimován v buňkách normální prostatické tkáně, BPH i karcinomu prostaty, zde je však jeho množství 10–100x vyšší. Jeho stanovení je možné jednak z ejakulátu, tak spontánně močené moči. Výtěžnost vyšetření PCA3 je však výrazně vyšší, pokud odběru moči předchází masáž prostaty – tímto způsobem lze totiž z prostatických buněk získat tzv. nekódující RNA, která je následně stanovena a vyhodnocena pomocí molekulárně biologických metod, konkrétně polymerázová řetězová reakce spojená s reverzní transkripcí (RT-PCR). V současné době máme k dispozici zatím jedinou komerčně dostupnou soupravu pro vyšetření PCA3, ačkoli řada pracovišť i v ČR pracuje na vlastní metodice tohoto vyšetření. Srovnáním PSA a PCA3 při indikaci rebiopsie se zjistilo, že PCA3 má vyšší přínos v záchytu karcinomu prostaty. Navíc tzv. PCA3 skóre (poměr mRNA PCA3 a PSA) korelovalo s přítomností signifikantního karcinomu prostaty (pacienti s nízkou diferencovanými a lokálně pokročilými karcinomy vykazovali vyšší PCA3 skóre). Z tohoto hlediska tak je PCA3 při rozhodování o indikaci biopsie u pacientů s PSA v rozmezí 2,5–10 ng/ml, a dále u indikace rebiopsií při suspektním rektálním vyšetření či při současně zvýšeném riziku při rodinné zátěži karcinomem prostaty.

Možnosti léčby lokalizovaného karcinomu prostaty (T1-T2 N0 M0)

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

1. Radikální prostatektomie (RP)

- Nemocní s předpokládanou délkou dalšího života nad 10 let
- PSA menší než 20 ng/ml (vyšší hladina PSA však není absolutní kontraindikací RP)
- Pánevní lymfadenektomie při PSA ≥ 10 ng/ml
- V indikovaných případech nervy šetřící postupy – výhodná robotická radikální prostatektomie

2. Radioterapie s kurativním záměrem

- Teleterapie – 3D konformní radioterapie nebo IMRT (intensity modulated radio-

therapy), min. 72 Gy (denní dávka 1,8–2,0 Gy, při vysoké diferenciaci až 80 Gy)

- Radioterapie s neoadjuvantní (LHRH), konkomitantní, adjuvantní hormonální supresí (u pacientů s vysoce rizikovým karcinomem)

3. Pozorné sledování (active surveillance)

- Vyžaduje pochopení a souhlas informovaného pacienta
- Pacient s nízkou hodnotou PSA (≤ 10 ng/ml), nízkým grade – 3 (Gleason sum 2+3, 3+3)
- Léčbu zahajujeme při známkách aktivity onemocnění (např. progresse Gleason sum při rebiopsii za 6 měsíců, při PSA doubling time menším než 3 roky, při známkách lokální progresse)

OAB, NYKTURIE

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 21.30–22.00

Přednáškový blok podpořila firma: Ferring Pharmaceuticals CZ, s. r. o.

OAB a nykturie – úvod do problematiky

MUDr. Aleš Vidlár

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

OAB (overactive bladder, hyperaktivní měchýř) je syndrom charakterizovaný jako urgence, jež je obvykle doprovázena frekventní mikcí a nykturií anebo i přítomností urgentní inkontinence. Jde o komplex symptomů a nejde proto jen o urodynamickou diagnózu.

Pojem OAB se poprvé objevil v publikacích v roce 1997 (Abrams, Wein) a byl přijat ICS (Mezinárodní společnost pro inkontinenci) v roce 1999.

Prevalence OAB je relativně vysoká a stoupá s věkem a tím se stává jak zdravotním, tak i socioekonomickým problémem, a proto byla a stále je tomuto tématu věnována velká pozornost.

Ale až v poslední době začala být uznávána za samostatnou klinickou jednotku i nykturie. Ta je definována jako situace, kdy během spánku dojde

jednou nebo vícekrát za noc k probuzení pocitem nucení na močení, kterému se musí vyhovět.

Poruchy spánku vedou k významnému zhoršení kvality života. Jedná se o fyzické i psychické následky (denní únava, omezená výkonnost, deprese) a znamenají utrpení pro postiženého, ale vedou i k ekonomickým škodám. Pro starší pacienty, kteří jsou nykturií postiženi nejčastěji, vede noční vstávání na toaletu k mnohem vyššímu riziku fraktury a pádu, jako i všeobecně zvýšené úmrtnosti.

Jedná se samozřejmě o multifaktoriální problém a s nykturií se nesetkává pouze urolog. Každý odborný lékař přistupuje k pacientům s nykturií z jiné perspektivy, a proto je velmi důležité, že v poslední době byly základní termíny týkající se nykturie jasně definovány.

Možnosti terapie nykturie u OAB

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika LF a FN, Olomouc

Nykturie je jedním z nejčastěji se vyskytujícím symptomem dysfunkce dolních močových cest. I když pacienta neohrožuje na životě, má významný vliv na jeho kvalitu života. Etiologie nykturie je mul-

tifaktoriální, proto je někdy obtížné určit jednoznačnou příčinu a tu léčit. Ve většině případů je hlavní příčinou nykturie zvýšený příjem tekutin, proto jsou základem terapie režimová opatření. Na vzniku sekundární nykturie se podílí noční polyurie a/nebo nižší funkční kapacita močového měchýře.

Při noční polyurii se v terapii používá desmopresin, syntetický analog přirozeného lidského antidiuretického hormonu. Na rozdíl od vasopresinu působí déle, má výraznější antidiuretický účinek a přitom minimální účinek na hladké svalstvo, takže nezpůsobuje systémovou vazokonstrikci. Při dodržování doporučeného dávkování s restrikcí tekutin 1 hodinu před a 8 hodin po aplikaci je pacienty dobře tolerován.

Pokud je příčinou nykturie nižší funkční kapacita močového měchýře, indikujeme terapii anticholergiky I. generace. Z posledních studií spánku vyplývá, že k regeneraci organismu jsou především důležité první hodiny po usnutí, proto volíme spasmolytika, která dosahují maximální koncentrace za 3–5 hodin po usnutí. U mužů byl ve studiích popsán příznivý účinek užívání alfablokátorů.

Cílem terapie nykturie je zlepšení kvality spánku a tím i života pacientů.

SESTERSKÁ SEKCE

BLOK PŘEDNÁŠEK I

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 15.30–16.30

**Komunikace v paliativní
ošetřovatelské péči**Lucia Šimalíková, Blanka Hráčková DiS.
Urologické oddělení, Nemocnice Břeclav

Co to je paliativní terapie, komunikace, potřeba komunikace ze strany pacienta, rodiny, komunikační bariéry, na co nezapomenout.

Bolest – problém, který nás zajímáVeronika Pálková, DiS., Andrea Pavlíková
Urologické oddělení, Nemocnice Břeclav

Definice bolesti, bolest a výskyt při nádorovém onemocnění, typy bolesti, management ze strany sestry, pacienta, posuzování a faktory bolesti, léky proti bolesti, bolest a starší pacient.

Robotická radikální prostatektomieMonika Kacelová, Martina Fričarová
Centrální operační sály
LF UP a FN, Olomouc

Začátek prezentace je kratičce věnován anatomii prostaty. Další část je pak zaměřena na přípravu robota a instrumentária k operaci. Součástí prezentace je pak vlastní operace zachycená na videu.

V závěru hodnotíme samotný výkon, jeho výhody a nevýhody jak pro personál tak pro nemocného.

**Ošetřovatelská péče
po robotické prostatektomii**Daniela Frycová, DiS, Jitka Hanousková
Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Robotická radikální prostatektomie se u nás provádí od srpna roku 2009. Cílem přednášky je seznámit posluchače s předoperační přípravou a ošetřovatelskou péčí v operačním den a následně pak po operaci až do propuštění.

Za zmínku stojí i srovnání robotické radikální prostatektomie s otevřenou radikální prostatektomií, jaké jsou výhody a nevýhody obou těchto výkonů, hlavně pro nemocného.

Přednáška je doplněna fotodokumentací.

**Maligní tumory ledvin,
léčení, ošetřovatelská péče**Dagmar Vaculíková, Alena Bělochová
Urologické oddělení, nemocnice Kyjov

Maligní nádory ledvin tvoří 2–3 % všech zhoubných nádorů. Incidence v České republice patří mezi nejvyšší ve světě.

Cílem naší prezentace je v první části seznámit ZPNO se základními údaji o epidemiologii, diagnostice, léčbě a prognóze tohoto onemocnění. Důraz je kladen na předoperační a pooperační ošetřovatelskou péči, které je věnována druhá část prezentace.

BLOK PŘEDNÁŠEK II

Čtvrtek / 25. 3. 2010 / 16.45–17.45

Tumory penisu

Bc. Barbora Špačková

Urologické oddělení,

Šumperská nemocnice a.s.

Tumory penisu dělíme na benigní, maligní, metastatické. Nejčastější jsou benigní, tam patří např. lipom, fibrom, neurom, ale také condylomata accuminata. Maligní tumory bývají vzácnější a metastázy tvoří 1–2 procenta všech tumorů penisu. Mezi příznaky patří tuhé bledé léze, poruchy mikce, nekróza. Z diagnostiky je důležitá anamnéza, klinické a laboratorní vyšetření, CT a další. Léčba závisí na druhu nádoru a postižení lymfatických uzlin. Po léčbě je nutno pacienta nadále pravidelně sledovat v urologické ambulanci.

Ošetrovatelský proces u pacienta s tumorem penisu

Alena Polešovská

Urologické oddělení,

Šumperská nemocnice a.s.

Ošetrovatelskou péči rozdělujeme na předoperační a pooperační. Předoperační péči dále rozdělujeme na všeobecnou a speciální. Předoperační péče je odborné a kvalitní provedení přípravy nemocného k operaci, důležitá je anamnéza + klinické a laboratorní vyšetření. Nejdůležitější je psychická podpora a informace o operačním výkonu. Pooperační péče je zaměřená na prevenci vzniku pooperačních

komplikací a včasnou rekonvalescenci. Pacienta bedlivě sledujeme 24 hodin denně, nejdůležitější je zajištění bio-psycho-sociálních potřeb. Velice účinné je zapojení rodiny.

V prezentaci je zahrnuta kazuistika pacienta s tumorem penisu.

Vaporizace prostaty

Maryla Filipová

COS-urologie,

Nemocnice ve Frýdku Místku, p.o.

Tématem přednášky je vaporizace prostaty, konkrétně elektrovaporizace.

Jedná se o poměrně novou metodu, která může být srovnatelná s PVP (fotoselektivní vaporizace prostaty – Green Light prováděnou laserem).

Vaporizaci, neboli odpařování, provádíme endoresektoskopem v isotonickém roztoku za pomoci speciální kličky.

V průběhu prezentace bude posluchačům promítán krátký záznam výkonu.

Využití rehabilitace u inkontinence

Hana Černíková, Lenka Valouchová,

Lenka Malíková

Urologické oddělení LF UP a FN, Olomouc

Močová inkontinence má negativní vliv na kvalitu života. A ještě dnes, kdy se o ní již hodně hovoří, je pro některé stále tabu, z důvodu studu, hlavně u mladších žen. Cílem této přednášky je seznámit se s problematikou inkontinence, jaké

jsou příčiny vzniku, jaké máme typy a léčebné možnosti, které mohou být jak konzervativní tak operační. Nedílnou součástí konzervativní léčby je využití rehabilitace.

Laparoskopicky asistovaná radikální cystektomie a cystoprostatektomie RACE, RACPE – naše zkušenosti

Markéta Hanáková, Nikol Swiderová
Urologické oddělení Onkologického centra
J. G. Mendla, Nový Jičín

Cíl: v naší práci prezentujeme laparoskopicky asistovanou cystektomii, cystoprostatektomii z pohledu instrumentárky, se zaměřením na technické vybavení a povinnosti sestry.

Metoda: laparoskopicky asistovaná radikální cystektomie, cystoprostatektomie je miniinvasivní metoda. K provedení radikální cystektomie se přistupuje ve chvíli, kdy je u pacienta zjištěn invazivní karcinom močového měchýře. Operačním výkonem je dotčena kontinence moči, sexuální oblast zastoupená případnou poruchou erekce a enejakulací, u žen odstraněním gynekologických orgánů, dočasným ovlivněním zažívacího traktu, kosmetickými změnami ve formě urostomií, stravovacími návyky. Výhodami této metody jsou obecné výhody laparoskopického přístupu (minilaparotomie,

větší pooperační komfort pro nemocného atd.) s možností precizní disekce tkání v malé pánni pod kontrolou zraku s minimálními krevními ztrátami. U každého pacienta se provádí lymfadenektomie.

Závěr: na našem pracovišti tato metoda pro své výhody zcela nahradila otevřenou operaci karcinomu močového měchýře a je velkým přínosem jak pro pacienta, tak i pro operátora. Od roku 2007 jsme tímto způsobem odoperovali 40 pacientů. Nutným předpokladem úspěchu operace je souhra dobře vyškoleného operačního týmu.

Moderní postupy v péči o permanentní katétr

Bc. Nataša Sochorová
Urologické oddělení LF UP a FN, Olomouc

Správná péče o permanentní katétr je samozřejmostí v ošetrovatelské péči u nemocných v nemocnici, ale také nedílnou součástí v domácí péči. Pacienti, kteří mají dlouhodobě zavedený katétr, chodí na pravidelné výměny do nemocnice. Doma je nutno udržovat katétr stále průchodný. K tomu napomáhá proplachovací systém Uro-Teiner, který jsme měli možnost zkusit na naší ambulanci. Cílem přednášky je seznámit se s tímto systémem, jeho výhodami hlavně pro nemocného v domácí péči.

LÉKAŘSKÁ A SESTERSKÁ SEKCE

PRACOVNÍ SNÍDANĚ: **KAZUISTIKY A SDĚLENÍ Z PRAXE REZIDENTŮ – BLOK I**

Garanti: MUDr. Dušan Fügner, MUDr. Josef Kopecký, MUDr. Miroslav Krhovský, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D., MUDr. Josef Macek, MUDr. David Ondra, MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D., MUDr. Roman Staněk, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Miroslav Štursa, MUDr. Karel Zita
Pátek / 26. 3. 2010 / 8.00–10.30

Leiomyosarkom skrota

MUDr. Andrea Onderková,

MUDr. Tomáš Kokoř,

MUDr. Roman Staněk

Urologické oddělení,

Slezská nemocnice, Opava

Cíl: prezentujeme případ 68letého pacienta s leiomyosarkomem pravé poloviny skrota. V době diagnózy nebyly zastiženy žádné vzdálené metastázy.

Metoda: primární nález pomalu rostoucího exofytického tumoru v oblasti penoskrotální junkce vpravo byl ošetřen lokální excizí, histologicky zhodnoceno jako leiomyosarkom s pozitivními okraji, proto byla indikována hemiskrotektomie a orchiektomie vpravo.

Výsledek: nádorové změny nebyly histologicky v resekovaných částech zastiženy.

Závěr: leiomyosarkom skrota je vzácný tumor. Ve světové literatuře je popsáno pouze 34 případů do roku 2009. Základem terapie je rozsáhlá excize doprovázená dlouhodobým sledováním pro riziko lokální recidivy a vzdálených metastáz.

Možnosti spolupráce urologa, gastroenterologa a chirurga

MUDr. Roman Staněk¹,

MUDr. Ota Mikolajek²,

MUDr. Jiří Hájek³

¹ Urologické oddělení,

Slezská nemocnice, Opava

² Interní oddělení,

Slezská nemocnice Opava – GEA, Opava

³ Chirurgické oddělení,

Slezská nemocnice, Opava

Cíl: prezentujeme možnosti použití Holmium laseru v gastroenterologii, při obstrukci duodena cholecystolitem.

Metoda: na základě obstrukce gastrointestinálního traktu cholecystolitem v duodenu byla indikována gastroduodenoskopie s pokusem o desintegraci konkrementu holmiovým laserem za využití zkušeností urologa s prací s holmiovým laserem při endolitotrypsii.

Výsledky: desintegrace nebyla zcela úspěšná, také díky fyzikálním charakteristikám cholesterolového konkrementu, ale umožnila uvolnění konkrementu do jejunu, kde chirurg mohl již

volně a s minimálním rizikem provést laparotomii a enterotomii.

Závěr: díky zkušenostem více odborníků lze řešit i rizikové nestandardní situace.

Použití tkáňového lepidla u resekce tumoru solitární ledviny

MUDr. Roman Staněk,

MUDr. Tomáš Kokoř,

MUDr. Pavel Vágnér

Urologické oddělení,

Slezská nemocnice, Opava

Cíl: prezentujeme možnosti použití tkáňového lepidla u resekce nádoru solitární ledviny, ve snaze zajistit maximální nefron šetřící výkon.

Metoda: na základě sonografického a CT nálezu tumoru solitární ledviny, dle rtg metod velikosti 4–5 cm, bylo rozhodnuto o provedení resekce extrarenálního nádoru. Resekce byla provedena otevřenou cestou z lumbotomie, bezpečnostní lem byl 0,5 cm, metodou stavění krvácení byla z ligatura hlavních cév a plošné použití tkáňového lepidla Floseal.

Výsledek: výkon byl proveden s minimálními krevními ztrátami, užití tkáňového lepidla přineslo minimalizaci ischemických změn ledviny, bez vytvoření retroperitoneálního hematomu.

Závěr: užití tkáňového lepidla je indikováno při nefron šetřících operacích k minimalizaci ischemických ztrát funkčního renálního parenchymu.

Histologický nález po RT pro adenokarcinom prostaty

MUDr. Jaroslav Plachý,

MUDr. David Ondra,

MUDr. Antonín Večeřa

Urologické oddělení,

Uherskohradištská nemocnice a.s.

Kazuistika rozebírá případ pacienta po radioterapii pro adenokarcinom prostaty cT1c N0 M0 GS 5+5 PSA 13,02 ng/ml v roce 2007, pacient v dlouhodobé remisi, nadir PSA 0,01, 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 postradiační změny. V diskuzi jsou dále rozebrány literární zkušenosti histologických nálezů prostaty po radioterapii pro adenokarcinom prostaty a porovnání s dalším nálezem po TURP po radioterapii prostaty.

Literatura:

1. Kenneth A Iczkowski, MD. Radiation Therapy (Prostate Cancer). Medscape 2009; article 1611836.
2. Dugan TC, Shipley WU, Young RH, et al. Biopsy after external beam radiation therapy for adenocarcinoma of the prostate: correlation with original histological grade and current prostate specific antigen levels.

Řešení léze urotraktu po císařském rezu

MUDr. Jaroslav Plachý, MUDr. David Ondra,

Urologické oddělení,

Uherskohradištská nemocnice a.s.

Prezentace případu poranění urotraktu při císařském řezu, diagnostikována obstrukce levého ureteru a vezikovaginální píštěl, pro nemožnost desobstrukce levého ureteru retrogradně toto

řešeno nefrostomií a antegrádní sondáží a dilatací, ve druhé době pak sutura vezikovaginální píštěle.

Kazuistika prezentuje případ poranění urotraktu po císařském řezu a následné řešení.

Pacientka grav. hebd. 39+5, indikována k sectio Caesarea, peroperačně hematurie, pro to revize močového měchýře, abdominálně však bez komunikace, peroperačně poranění močového měchýře nenalezeno. Následně rozvoj febrilií, jednostranných lumbagií, provedeno urologické konzilium s nálezem jednostranné hydronefrózy. Indikována CSK, při níž patrný defekt stěny moč. měchýře na trigonu mezi ústími, provedena cystografie, při níž kontrastní látka proniká pouze retrovezikálně. Provedena ascendentní pyeloureterografie (APG) I. sin., dle APG stop KL v ureteru 4 cm nad ústím. Indikována punkční nefrostomie vlevo, PMK, svod. Při vyšetření per vaginam patrný Foley katétr, potvrzena tedy vezikovaginální fistula. Přetrvává leak moči per vaginam, řešeno vložkami. Provedena opakovaně kontrolní cystografie, kdy již při nepatrné náplni moč. měchýře únik KL do vaginy, ponecháno k možnosti spontánního zhojení. Při kontrolní AU I. sin. s odstupem již kontrast proniká do moč. měchýře. Poté via PNS antegrádní sondáž levého ureteru hydrofilním vodičem, po něm zaveden DJ stent do levého ureteru, nefrostomie extrahována. Při kontrolní CSK stále patrný otvor na trigonu. Pro přetrvávání fistuly pacientka indikována k elektivní operační revizi a sutuře fistuly, peroperačně nález vezikovaginální fistuly potvrzen, excise okrajů fistuly do zdravé tkáně, sutura stěny pochvy a následně stěny moč. měchýře. Extrakce PMK za 3 týdny.

Za 6 týdnů extrakce DJ stentu, dle APG již ureter štíhlý, KL volně odtéká do močového měchýře. Pacientka kontinentní, bez leaku moči vaginou.

Karcinom ledviny – klasická trias

MUDr. Ivana Jakabovičová,

MUDr. Osvald Cerman,

MUDr. Karel Zita,

MUDr. Eva Poláčková

Urologické oddělení,

Nemocnice Břeclav, p.o

V příspěvku je prezentována kazuistika karcinomu ledviny s příznaky typické klasické triády.

Autoři sledovali výskyt jednotlivých symptomů v souboru nádorů operovaných v období 12 let. Zaměřili se na četnost výskytu jednotlivých symptomů a jejich význam v diagnostice nádorů ledvin včetně významu klasické triády.

Tumor ledviny – aktivní sledování

MUDr. Osvald Cerman,

MUDr. Karel Zita,

MUDr. Ivana Jakabovičová,

MUDr. Eva Poláčková

Urologické oddělení,

Nemocnice Břeclav, p.o

Léčba nádorů ledviny je operační. Zde jsou uvedeny případy pacientů se solidními tumory, které nebyly operovány, ale jsou sledovány. V souvislosti s tím je diskutována problematika náhodných malých solidních tumorů, u kterých jsou v současné době zvažovány možnosti zlepšení diagnostiky, přesnější určení rizika nádorů pro pacienty a tím i stanovení dalšího léčebného postupu.

Condylomata gigantea (Buschke-Löwenstein tumor)

MUDr. David Jež, MUDr. Roman Staněk
Urologické oddělení,
Slezská nemocnice, Opava

Kazuistika 56letého pacienta s diagnózou condylomata gigantea léčeného na našem oddělení v roce 2009.

Desetiletá anamnéza tumorózního útvaru v pravém tříslu, bez terapie.

Provedena radikální excize condylomat, pravostranná orchiektomie a hemiskrotektomie vpravo.

Histologicky prokázán spinocelulární karcinom.

Diagnóza je relativně vzácná, onemocnění je způsobeno HPV 6 a 11. Velmi často onemocnění přechází ve spinocelulární karcinom.

Terapie – radikální chirurgická léčba a radioterapie.

Karcinom penisu – emaskulinizace

MUDr. Martin Kaňa
Urologické oddělení, Nemocnice Šumperk

Toto sdělení popisuje kazuistiku pacienta s karcinomem penisu a fotodokumentací oper. řešení – radikální amputací penisu. K této byla v rámci zvýšení kvality života připojena oboustranná orchiektomie. Emaskulinizace byla provedena po dohodě s pacientem pro pohodlnější mikci v sedě + v rámci antiandrogenní péče fy prostat. a elevaci PSA.

Laparoskopická resekce ledviny s využitím radiofrekvenční ablace

MUDr. Ondřej Havránek¹, MUDr. Pavel Vávra Ph.D.², doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.¹, MUDr. David Míka¹

¹ Urologické oddělení, FNsP Ostrava-Poruba

² Chirurgická klinika, FNsP Ostrava-Poruba

Cíle: prezentovat využití radiofrekvenční ablace při laparoskopické resekci ledviny.

Metody: v současné době se při řešení menších tumorů ledvin využívá ve stále větší míře miniinvasivní chirurgie. Rovněž dochází k rozvoji nových tumor-ablačních technik jako alternativy ke klasické resekci tumoru. Mezi nejpoužívanější patří radiofrekvenční ablace (RFA) a kryoablace. RFA lze použít k destrukci vlastního tumoru, ale jsou popsány i různé techniky jejího využití při resekčních výkonech na ledvině. Jejich cílem je využití RFA k hemostáze a minimalizaci resp. vyloučení peroperační ischemie ledviny. Prezentujeme operační řešení tumorů ledvin u dvou patientek. V prvním případě se jednalo o tumor dolního, ve druhém o atypickou cystu horního pólu levé ledviny. Při operaci tumoru jsme využili kombinaci laparoskopického přístupu a RFA. Preparační část operace byla provedena laparoskopicky, pro vlastní resekci jsme využili ručně asistovanou laparoskopii. Pomocí přístroje Habib sealer 4x jsme vytvořili ve zdravé tkáni ledviny okolo tumoru lem koagulované tkáně. Následně jsme provedli resekci tumoru (video).

Výsledky: pooperační průběh bez komplikací. Operační čas byl 150 resp. 180 min, během

resekce nebylo třeba přerušit krevní zásobení ledviny. Krevní ztráty byly v obou případech do 100 ml. Pacientky byly propuštěny 5. resp. 7. pooperační den.

Závěry: využití RFA při resekcí tumoru ledviny je účinná metoda, jejíž hemostatický efekt dovolu- je provádět resekci nádoru bez nutnosti přerušení krevního zásobení ledviny. Relativní nevýhodou může být obtížněji interpretovatelný histologický náález při posuzování radikality výkonu.

Autotransplantace ledviny jako možné řešení dlouhé striktury močovodu

MUDr. David Míka¹, MUDr. Pavel Havránek², doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.¹

¹ Urologické oddělení, FNsP Ostrava-Poruba

² Chirurgická klinika, FNsP Ostrava-Poruba

Cíle: autotransplantace ledviny je zřídka- kdy používanou metodou k řešení dlouhé striktury močovodu. V kazuistice uvádíme případ nemoc- ného léčeného na urologickém oddělení FNsP Ostrava-Poruba.

Metody: 70letý pacient přijat na naše pra- coviště s akutní bolestí v pravé bederní krajině

se sonografickým nálezem městnání III. stupně v dutém systému při zavedeném stentu z jiného pracoviště. Vlevo náález afunkční hydronefrotické ledviny, taktéž se zavedeným stentem. Drenáž pravé ledviny zajištěna akutně nefrostomií. Po stabilizaci stavu doplněno CT vyšetření a ná- sledně UPG s ureteroskopií s nálezem dlouhé striktury střední části obou močovodů impo- nující jako retroperitoneální fibróza. Jako vedlejší náález popisováno aneuryzma AIC vpravo veli- kosti 31x19 mm s nástěnným trombem a těsným vztahem k močovodu s podezřením na možný infekční původ. Po konzultaci s chirurgy přistou- peno k provedení autotransplantace ledviny do levé jámy kyčelní.

Výsledky: pooperační průběh bez komplika- cí, laboratorně stabilizace hladin kreatinémie na 132–156 $\mu\text{mol/l}$. Extrakce stentu z Tx ledviny 4. mě- síc po operaci. Autotransplantát sonograficky bez městnání. Pacient prodělal ataku pyelonefritidy afunkční ledviny. T. č. klinicky zcela bez potíží.

Závěr: autotransplantace ledviny je efek- tní metoda řešení dlouhé striktury močovodu kladoucí vysoké nároky na operační techniku s velmi dobrými výsledky při nekomplikovaném průběhu.

KAZUISTIKY A SDĚLENÍ Z PRAXE REZIDENTŮ – BLOK II.

Garanti: MUDr. Dušan Fügner, MUDr. Josef Kopecký, MUDr. Miroslav Krhovský, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D., MUDr. Josef Macek, MUDr. David Ondra, MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D., MUDr. Roman Staněk, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Miroslav Štursa, MUDr. Karel Zita
Pátek / 26. 3. 2010 / 11.00–12.00

Oboustranná resekce tumoru ledviny

MUDr. Pavel Kratochvíl,
MUDr. Michal Grepl, Ph.D.,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Pacientka s duktálním karcinomem prsu, kde byl při předoperačním vyšetření zjištěn oboustranný tumor ledviny. Vzhledem k indikaci adjuvantní radioterapie a hormonální terapie bylo rozhodnuto o pokusu o oboustrannou resekci v jedné operační době. Provedena enukleace s resekci tumoru vlevo bez nutnosti teplé ischemie, vpravo resekce horního pólu ledviny s tumorem při teplé ischemii 17 min. Pooperačně přechodně zhoršení renálních funkcí s postupnou úpravou. 23 dní po operaci provedena dynamická scintigrafie pomocí DTPA, kde vlevo funkce jen mírně opožděná, vpravo však afunkce. Doděláme ještě vyšetření DMSO4 s dalším odstupem, ke zjištění, zda funkce bude přetrvávat.

Má být urikémie součástí předoperačního vyšetření?

MUDr. Martin Kučera
Urologické oddělení, Nemocnice Kyjov

Klinický případ dekompenzace hyperurikémie, vzniklý po rutinním operačním výkonu na urologickém oddělení. Nerozpoznaná hyperurikémie v předoperačním interním vyšetření vygradovala do akutního renálního selhání na podkladě urátové nefropatie, s laboratorními hodnotami dusíkatých látek blížící se nutnosti dialýzy u asymptomatického pacienta. Kazuistika upozorňuje na možné podcenění rizika vzniku obdobného stavu díky novým anesteziologickým předoperačním vyšetřením. Současně přináší přehled postupu při terapii této komplikace v urologické praxi.

Méně častá expanze močového měchýře

MUDr. Jozef Jaško, MUDr. Ivo Odstrčil,
MUDr. Josef Macek
Urologické oddělení, SSZ Nemocnice Krnov

Pacientka s pravou solitární ledvinou vyšetřována pro pravostranné lumbalgie. USG nález – bez známek městnání. Dle rtg suspekce na objemnou ureterolitíazu. Při intravenózní urografii nález zdvojeného dutého systému, kde hypotonie v KPS poli inferioris a suspekce na ureterolitíazu uložené v ureterokéle, která

byla potvrzena endoskopií a řešena discízi dys-tálního ústí ureterolély a extrakcí litiázy. Při propuštění bez potíží.

Metastatické postižení ledviny leiomyosarkomem

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Úvod: sarkomy jsou relativně vzácné tumory z mezenchymu, tvoří 0,7 % všech tumorů. Leiomyosarkom patří svým agresivním chováním k sarkomům s nejhorší prognózou, i po chirurgické terapii dochází k časně lokální recidivě onemocnění a generalizaci.

Kazuistika: v naší kazuistice chceme demonstrovat případ metastatického postižení pravé ledviny. Jednalo se o pacienta, který byl před 12 lety kurativně léčen pro leiomyosarkom levé dolní končetiny, byla mu tehdy provedena radiální resekce měkkotkáňového tumoru s negativním resekčním okrajem. Nebyla indikována adjuvatní terapie. Dispenzarizace proběhla na onkologickém pracovišti, při kontrolách konstatována remise onemocnění, proto od r. 2007 z dispenzarizace vyrazen.

V 8/2009 byl vyšetřován pro dušnost, kašel, dle CT ložisko v pravé plicí, prodělal parciální lobektomii, histologicky překvapivý nález leiomyosarkomu. Při PET/CT vyšetření provedeném 2 měsíce po operaci byl normální nález na plicích, při celotělovém skenu nebylo známek reziduálního tumoru. Ale při dalším kontrolním PET/CT vyšetření v 12/2009 byl zjištěn tumor dolního pólu pravé ledviny. Pacient prodělal resekci tumoru ledviny. Histologicky se jednalo o leiomyosarkom

Závěr: leiomyosarkom měkkých tkání může i mnoho let po primárním chirurgickém výkonu metastazovat. V rámci diferenciální diagnostiky expanzivních procesů ledvin je u pacientů anamnesticky léčených pro leiomyosarkom i dlouhodobou latencí od terapie primárního tumoru nutno pomýšlet na metastatické postižení tímto vzácným typem sarkomu.

Skrotální hernie s obsahem objemného divertiklu močového měchýře

MUDr. Michal Zahradník, MUDr. Pavol Fecura,

MUDr. Luděk Drábek, MUDr. Josef Kopecký

Urologické oddělení, NsP Havířov

Cíl: prezentace kazuistiky pacienta s objemnou skluznou skrotální hernií s obsahem divertiklu močového měchýře.

Metoda: autoři prezentují formou kazuistiky případ 57letého muže přijatého na chirurgické oddělení pro objemnou pravostrannou skrotální hernii. Vzhledem k v relativně krátkém čase narůstajícímu objemu pravého hemiskrota a USG nálezů provedeno CT vyšetření, kde popsána skrotální hernie s obsahem objemného divertiklu močového měchýře.

Výsledky: vzhledem k nálezů byla u pacienta provedena divertikulektomie s inguinální hernioplastikou, pooperační průběh komplikován polymorbiditou pacienta, v druhé době plánována desobstrukční transuretrální resekce prostaty.

Závěr: případy skluzné hernie močového měchýře jsou relativně vzácné. Na toto onemocnění je třeba myslet v diferenciální diagnostice inguinálních a skrotálních rezistencí, zvláště v případech spojených s mikční symptomatologií.

Nezvyklé nádory dolních močových cest, agresivní angiomyxom prostaty, maligní melanom močového měchýře a uretry

MUDr. Pavol Fecura, MUDr. Michal Zahradník, MUDr. Josef Kopecký

Urologické oddělení, NsP Havířov

Cíl: prezentace neobvyklých tumorů dolních močových cest s jejich charakteristikou a možnostmi terapie.

Metoda: v prvním případě je prezentována kazuistika 74letého pacienta dispenzarizovaného v urologické ambulanci pro mikční potíže při BHP, pro progredující symptomatologii indikován k transuretrální resekci prostaty, ta provedena zvyklým způsobem peroperačně i pooperačně bez komplikací, avšak s překvapivým histologickým nálezem struktur agresivního angiomyxomu v resekátu.

V druhém případě je prezentována kazuistika 77leté pacientky primárně hospitalizované na chirurgickém oddělení pro adenokarcinom rekta. Urologické vyšetření provedeno v rámci vyšetřovacího algoritmu. V místě vnějšího ústí uretry plošný tumor působící dojmem prolapsu uretry, provedena excize postižené části uretry s histologickým nálezem maligního melanomu močové trubice.

Výsledky: jsou zde prezentovány kazuistiky histologicky vzácných tumorů dolních močových cest, v případě agresivního angiomyxomu jen s dosud jediným nám známým publikovaným případem s postižením prostaty. Agresivní angiomyxom je ve velké většině případů benigní tumor s možností infiltrativního růstu do okolních tkání jen s 2 dosud popsány případy metastazujícího onemocnění s následnou smrtí pacienta, možnosti volby v terapii je dle nálezu široká chirurgická excize s dobrými klinickými výsledky na vysokou

mírou rekurence v relativně dlouhém časovém horizontu, chemoterapie eventuelně radioterapie v terapii jsou bez většího efektu. V případě maligního melanomu postihujícího urogenitální trakt se většinou jedná o sekundární postižení při jiné primární lokalizaci, primární maligní melanom urotraktu je velice vzácný nález. V terapii maligního melanomu urotraktu se uplatňuje chirurgická intervence v kombinaci s imuno a chemoterapií.

Závěr: prezentace se věnuje popisu tumorů vzácně zasahujících urogenitální trakt, jejich biologickou povahou, klinickou manifestací a možnostmi terapeutické intervence.

Vrozená vývojová vada jako překvapivý nález při laparoskopické radikální cystektomií

MUDr. Tomáš Blažek, MUDr. Jakub Fejfar

Urologické oddělení, NsP Nový Jičín

Obsah práce: pacient s histologicky verifikovaným uroteliálním invazivním karcinomem močového měchýře dle klinicko-patologické klasifikace indikován k radikální chirurgické terapii.

Odeslán na naše pracoviště k plánovanému výkonu – laparoskopicky asistované radikální cysto-prostatektomií.

Video-prezentace operačního výkonu, jednotlivé kroky a fáze operace. Peroperační nález genetické anomálie a její následná diagnostika.

Výsledky: definitivní výsledky histologie, genetického vyšetření. Dosavadní zkušenosti s laparoskopicky asistovanou radikální cystektomií na našem pracovišti.

Závěr: interpretace výsledků, prognóza a další terapeutické možnosti u pacienta.

Prezentaci připravilo urologické oddělení NsP Nový Jičín ve spolupráci s onkologickým centrem.

KAZUISTIKY A SDĚLENÍ Z PRAXE PRIVÁTNÍCH UROLOGŮ

Garanti: MUDr. Dušan Fügner, MUDr. Josef Kopecký, MUDr. Miroslav Krhovský, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D., MUDr. Josef Macek, MUDr. David Ondra, MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D., MUDr. Roman Staněk, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Miroslav Štursa, MUDr. Karel Zita
Pátek / 26. 3. 2010 / 12.00–12.30

Konzervativní terapie Peyronieho choroby – přehled a vlastní zkušenosti

MUDr. Aleš Horák

ANDROPHARM s.r.o.,

urologicko-andrologická ambulance,

Ostrava-Poruba

Peyronieho choroba (PCH) se vyznačuje vznikem penilních indurací, které mohou být zpočátku bolestivé, rozvojem deviace penisu a mnohdy se vyskytuje i erektilní dysfunkce. Incidence onemocnění je asi 66 na 100 000 mužů ve věku 50–59 let, 2/3 pacientů s PCH je ve věkové skupině 40–60 let. Histologicky ji můžeme řadit mezi benigní fibromatózy Dupuytrenova typu. Příčina vzniku onemocnění není dosud jasná, je zvažována teorie traumatická, genetická a infekční. Základem pro stanovení diagnózy je anamnéza, palpační nález, fotografie nebo CIS – test, USG o frekvenci 5–7,5 MHz. Konzervativní terapii lze rozdělit na perorální, fyzikální, injekční a alternativní. Jednotlivé metody lze spolu kombinovat. Z perorálních preparátů je v ČR

nejčastěji používán vitamin E, tamoxifen, kolchicin a také POTABA. Z injekčních léčiv jsou nejčastěji aplikovány kortikoidy, verapamil a interferon α -2b. Z alternativních metod aplikovaných a dostupných v ČR je zatím pouze nízkovýkonný laser (NL) v monoterapii nebo v kombinaci s výše uvedenými léky. NL má účinky analgetické, protizánětlivé, vazodilatační a biostimulační. Na našem pracovišti jsme v letech 2004–2009 ošetřili 118 pacientů s PCH. Výsledky hodnocení konzervativní terapie PCH jsou velmi kontraverzní. Rozdílná hodnocení efektu vyplývají z heterogenity stavů označovaných jako PCH. Výhodou konzervativní terapie PCH je malá zátěž pacienta, její kombinovatelnost a opakovatelnost. Nevýhodami konzervativní terapie PCH je nezaručený efekt a délka terapie. NL v monoterapii nebo v kombinaci pro svou minimální invazivitu, opakovatelnost a dostupnost má své místo v terapii PCH. Dosud není znám jednoznačný recept na terapii PCH. Pacientovi je třeba nabídnout primárně co nejširší spektrum konzervativních metod a teprve po jejich selhání zvážit operační řešení. Součástí terapie PCH je i psychoterapeutický přístup.

ROBOTICKÁ PROSTATEKTOMIE

Garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Pátek / 26. 3. 2010 / 14.00–15.00

Robotická chirurgie

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Robotická chirurgie může operátorovi pomoci překonat některé přirozené překážky při běžné otevřené či laparoskopické operativně. Robotický operační systém umožňuje zjemnit a výrazně zpřesnit pohyb chirurgovy ruky. V současné době je nejúspěšnějším a široce používaným systémem da Vinci vyráběný Intuitive Surgical v Sunnyvale CA (USA). Da Vinci systém je podobný laparoskopické platformě, nástroje jsou zaváděny do pacienta přes troakary, nicméně ovládání nástrojů a chirurgická práce s nimi je kompletně jiná.

Da Vinci systém má tři hlavní části. Ovládací konzolu, z které operátor řídí pohyby ramen robota, videosystém a vlastní robotickou jednotku s operačními rameny. Nástroje jsou resterizovatelné a mají identifikační čipy, díky kterým je přesně identifikován použitý robotický nástroj. Mezi operátora a pacienta vstupuje tedy počítačem ovládané zařízení, které usnadňuje provedení výkonu. Robotické nástroje pracují s větším rozsahem pohybu, než jaký umožňují lidské ruce. Přesto robot nemůže chirurga zcela nahradit,

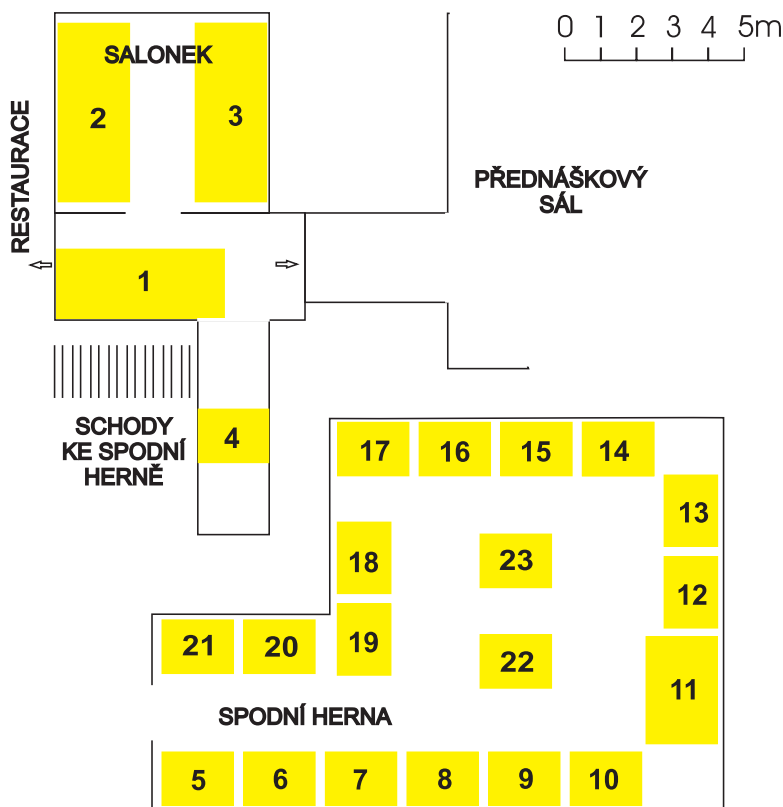
avšak výrazně zpřesní jeho práci. Při roboticky asistovaných výkonech dochází k menšímu poškození okolních tkání, při stejném zachování radikality výkonu, čímž dochází k celkově lepším výsledkům kvality života po operaci.

Na Urologické klinice FN Olomouc byl da Vinci systém instalován v srpnu 2009. V roce 2009 bylo celkově provedeno na Urologické klinice FN Olomouc 140 radikálních prostatektomií, z toho 32 robotických radikálních prostatektomií. Celkově od září 2009 do února 2010 bylo provedeno 56 da Vinci radikálních prostatektomií. Po prvních 12 výkonech byla technika výkonu již spolehlivě zvládnuta, včetně dvojité vezikouretrální anastomózy. Časová náročnost výkonu je srovnatelná s otevřeným výkonem. Operační doba jednodušších případů se pohybuje kolem 55–75 minut (nejkratší výkon 51 minut). Obtížnější případy (BMI ≥ 32 , předchozí operace v malé pávně) jsou časově náročnější, operační časy se pohybují kolem 110–130 minut. Výsledky nebyly zatím statisticky zhodnoceny, ale předběžně lze pozorovat výrazně menší krevní ztráty a zlepšení rekonvalescence kontinence v pooperačním období ve srovnání s retropubickou radikální prostatektomií.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci

XII. MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM

25. - 26. 3. 2010 / Hotel Dlouhé Stráně, Loučná nad Desnou - Rejhotice



VÝSTAVNÍ PLOCHA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1 AstraZeneca Czech Republic s.r.o. | 13 Olympus Czech Group, s.r.o., člen koncernu |
| 2 Novartis s.r.o. | 14 SANDOZ s.r.o. |
| 3 FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o. | 15 ELI LILLY ČR, s.r.o. |
| 4 AMIREX s.r.o. | 16 Amgen s.r.o. |
| 5 BTL zdravotnická technika, a.s. | 17 Kimberly-Clark, s.r.o. |
| 6 Simply You Pharmaceuticals A.S. | 18 HOSPIMED, spol. s r.o. |
| 7 BS Prague Medical CS s.r.o. | 19 QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o. |
| 8 Berlin - Chemie a.s. | 20 Coloplast A/S |
| 9 Bard Czech Republic s.r.o. | 21 Pabianickie Zakłady Farmaceutyczne Polfa S.A. |
| 10 Pfiizer, spol. s r.o. | 22 Bella Bohemia s.r.o. |
| 11 Medkonsult, s.r.o. | 23 B.Braun Medical s.r.o. |
| 12 Zentiva, k.s. | |

AstraZeneca



UROLOGY

Bližší informace na adrese:

AstraZeneca Czech Republic s.r.o., Smíchov Gate - Prague
Plzeňská 3217/16, 150 00 Praha 5
Tel.: 222 807 111, www.astrazeneca.cz

PAON0010CZ102008