

Suppl. A

2011

ISBN 978-80-87327-52-4

13. 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,
Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Záštita: ředitel FN Olomouc, děkan LF UP Olomouc, děkan LF UK Hradec Králové

23. – 25. 2. 2011

Hotel Dlouhé Stráně, Loučná nad Desnou-Rejhotice



Abstrakta



Toviaz®
Fesoterodini fumaras
JEDNOU DENNĚ¹

TOVIAZ®
Individuální
terapie^{1,2}

TOVIAZ® vhodný pro pacienty:

- ✓ nad 65 let věku¹²
- s vyšší pravděpodobností výskytu zácpy^{3,4}
- ✓ nespokojené s terapií tolterodinem
- vyžadující větší úlevu od symptomů¹⁵
- + výskyt CNS nežádoucích účinků srovnatelný s placebem⁴
- + efekt na kardiovaskulární systém srovnatelný s placebem¹⁶

Zkrácená informace o přípravku TOVIAZ 4 a 8 mg tablety s prodlouženým uvolňováním. • **Léčivá látka:** Fesoterodini fumaras 4 mg nebo 8 mg v tabletě s prodlouženým uvolňováním (odpovídá 3,1 mg a 6,2 mg fesoterodinu). **Indikace:** Léčba symptomů (zvýšená frekvence močení a/nebo urgency močení a/nebo urgentní inkontinence), které se mohou vyskytnout u pacientů se syndromem hyperaktivního močového měchýře. **Dávkování a způsob podání:** 4 mg jednou denně, podle odezvy pacienta lze dávku zvýšit na 8 mg jednou denně. U pacientů s těžkou renální nebo se středně těžkou jaterní insuficiencí je doporučena dávka 4 mg. Účinnost léčby se doporučuje přehodnotit po 8 týdnech. Přípravek TOVIAZ lze podávat s jídlem nebo bez něj. Přípravek je určen k léčbě dospělých pacientů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky obsažené v přípravku, arašidy či sóju, močová retence, žaludeční retence, nekontrolovaný glaukom s úzkým úhlem, myastenia gravis, těžká jaterní insuficience, současně užívání silných inhibitorů CYP3A4, pacienti se středně těžkou až těžkou jaterní nebo renální insuficiencí, těžká ulcerózní kolitida, toxické megakolon. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** Přípravek TOVIAZ se má používat se zvýšenou opatrností při klinicky významné obstrukci odtoku z močového měchýře s rizikem močové retence, obstrukční gastrointestinální poruše, gastroezofageálním refluxu, snížené gastrointestinální motility, autonomní neuropatii, kontrolovaném glaukomu s úzkým úhlem. Před zahájením jakékoli léčby antimuskariniky je třeba vyloučit organické příčiny onemocnění. **Interakce:** Opatrnost při podávání s jinými léčivými přípravky s antimuskarinovými či anticholinergními účinky. Silné inhibitory CYP3A4: Doporučuje se omezit dávku fesoterodinu na 4 mg. Silné induktory CYP3A4: Současné užívání se nedoporučuje. Silné inhibitory CYP2D6: Snížení dávky fesoterodinu na 4 mg může být nezbytné. **Těhotenství a kojení:** Užívání fesoterodinu v těhotenství a v době kojení se nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Je třeba dbát na zvýšenou opatrnost při řízení vozidel či obsluze strojů vzhledem k možnému výskytu nežádoucích účinků, jako jsou rozmazané vidění, závratě a ospalost. **Nežádoucí účinky:** Mírné až střední antimuskarinové účinky, jako suchost ústech a očí, dyspepsie a zácpa. Nespavost, závratě, bolesti břicha, dysurie. **Předávkování:** Případné předávkování se léčí výplachem žaludku s instalací aktivního uhlí a dále symptomaticky. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25°C, chránit před světlem a vlhkostí. **Balení:** blistry - 7, 14, 28, 56 či 98 tablet, HDPE lahevka 30 a 90 tablet. **Jméno a adresa držitele registračního rozhodnutí:** Pfizer Ltd., Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, UK. **Registrační číslo:** EU/1/07/386/001-016. **Datum poslední revize textu:** 25.10.2010. Výdej léku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Literatura: 1. JJ. Wyndaele et al., Int J Clin Pract, April 2009, 63, 4, 560-567. 2. SPC Toviaz®. 3. V. Khullar et al., UROLOGY 71:839-843, 2008. 4. Chapple Ch et al; EU Urology 52(2007)11204-1212. 5. Chapple Ch et al., BJU International 2008, 102(9):1128-32. 6. Toviaz EMEA Scientific discussion. 7. SPC Uroflow®. 8. SPC Detrusitol® SR.

Četnost dávkování: fesoterodini¹ 1x denně, tolterodini SR² 1x denně, tolterodini IR² 2x denně.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz



Pracujeme společně pro zdravější svět™

www.pfizer.cz

13. ročník **Moravského urologického sympozia**

23. – 25. 2. 2011 / Dlouhé Stráně



Pořadatel: Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

GENERÁLNÍ PARTNER



GlaxoSmithKline

HLAVNÍ PARTNER



Pracujeme společně pro zdravější svět™

PARTNEŘI

Amgen s.r.o.

APOTEX (ČR), spol. s r.o.

ARROW International CR, a.s.

Astellas Pharma s.r.o.

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

Bard Czech Republic s.r.o.

Berlin - Chemie a.s./A.Menarini Ceska republika s.r.o.

BTL zdravotnická technika, a.s.

DAHLHAUSEN CZ, spol. s r.o.

FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.

HOSPIMED, spol. s r.o.

M.G.P. spol. s r.o.

Olympus Czech Group, s.r.o.

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

Sanitas Pharma a.s., Marketing & RA

Vipharm Slovakia s.r.o. organizační složka CZ

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
Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

POD ZÁŠTITOU

ředitele FN Olomouc, děkana LF UP Olomouc
a děkana LF UK Hradec Králové

PREZIDENTI

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

MUDr. Eva Burešová, MUDr. Michal Grepl, Ph.D.,
MUDr. Igor Hartmann, MUDr. Milan Král, Ph.D.,
MUDr. Jaroslav Perníčka, Ph.D., Bc. Nataša Sochorová,
MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D., MUDr. Aleš Vidlář

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Mgr. Herta Mihálová

tel.: 585 209 207

mob.: 777 622 039

e-mail: mihalova@solen.cz

programové zajištění:

Zdeňka Bartáková

tel.: 585 242 681

mob.: 777 557 416

e-mail: bartakova@solen.cz

23. – 25. 2. 2011

Hotel Dlouhé Stráně, Loučná nad Desnou-Rejhotice

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK
ohodnocena 21 kredity pro lékaře a 12 kredity pro sestry.

Supplementum A časopisu Urologie pro praxi

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

Citační zkratka: Urolog. pro Praxi 2011; 12 (Suppl. A), **ISBN:** 978-80-87327-52-4

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

STŘEDA 23. 2. 2011**16.00 hod.** Slavnostní zahájení – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.**16.15–17.45 hod.** Doktorandský studijní program

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

- Problematika diagnostiky renálního ložiska – MUDr. David Ondra
- Aktuální pohled na biomechaniku ženského pánevního dna – MUDr. Miroslav Krhovský
- Srovnání výsledků předoperačního PSA, včetně jeho poměru a histologického nálezu preparátu po radikální robotické prostatektomii u prvních 200 pacientů, kteří měli vstupní PSA do 4,5 ng/ml – MUDr. Jan Schraml
- Laparoskopická adrenalectomie – MUDr. Igor Hartmann
- Profylaxe onemocnění močového ústrojí – klinické studie účinku plodů Vaccinium macrocarpon (americké brusinky) – MUDr. Aleš Vidlář
- Použití dotazníku IIEF 5 při hodnocení erektilní dysfunkce u pacientů s karcinomem prostaty – MUDr. Marek Broul

17.45–18.00 hod. Přestávka**18.00–19.00 hod.** Satelitní sympozium AMGEN, s.r.o.

- Prolia® v léčbě úbytku kostní hmoty při ADT – MUDr. Eva Burešová
- Úloha RANK Ligandu v úbytku kostní hmoty při ADT a význam jeho inhibice – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Od 20.00 hod. Společenský večer**ČTVRTEK 24. 2. 2011****7.30–9.00 hod.** Pracovní snídane, kazuistiky rezidentů

Moderátoři prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

- Spontánní ruptura hydrokély – vzácná komplikace tupého poranění skrota – MUDr. Šárka Kudláčková
- Cizí těleso v močovém měchýři u 11letého chlapce – 41 magnetických kuliček – MUDr. Petr Kuliček, MUDr. Ivo Novák, Ph.D.
- Ruptura aneuryzmatu aorty u urologické ambulanci – MUDr. Michal Zahradník, MUDr. Vasilis Vlachopoulos, MUDr. Josef Kopecký
- Nespecifická metastáza karcinomu močového měchýře prokázána pitvou – MUDr. Michal Zahradník, MUDr. Josef Kopecký, MUDr. Petra Sychrová
- Píštěl mezi přední stěnou rektu a semennými váčky jako příčina pneumaturie – MUDr. Radek Sýkora, MUDr. Tomáš Jonszta, MUDr. David Míka, MUDr. David Němec, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.
- Lokalizovaný karcinom prostaty – alternativy léčby – MUDr. David Hradil
- Torze varlete – zkušenosti klinického pracoviště – MUDr. Milan Král, Ph.D., MUDr. Jan Vrána, MUDr. Pavla Hluší, MUDr. Barbora Látalová, MUDr. Michal Grepl, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

9.00–9.30 hod. Přestávka**9.30–13.00 hod.** Workshop – meet the experts

- A) Problematika diagnózy karcinomu prostaty – MUDr. Michal Grepl, Ph.D., MUDr. Milan Král, Ph.D., MUDr. Šárka Kudláčková, MUDr. Jaroslav Perníčka, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- B) Problematika LUTS, OAB a neurogenního močového měchýře – MUDr. Eva Burešová, MUDr. Igor Hartmann, MUDr. Aleš Vidlář

13.00–14.00 hod. Satelitní sympozium B.Braun – Současné možnosti péče o močové katetry – MUDr. Zdeněk Kojecký, Ph.D.**14.00–16.00 hod.** Přestávka**16.00–18.00 hod.** Moderní léčba v uroonkologii

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

- Radioterapie karcinomu prostaty na Klinice onkologické FN Ostrava – MUDr. Jaroslav Hájek
- Robotická radikální prostatektomie – MUDr. Michal Grepl, Ph.D.
- Možnosti robotické chirurgie v léčbě nádorů ledvin – MUDr. Igor Hartmann, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Michal Grepl, Ph.D., MUDr. Aleš Vidlář
- Urologická klinika 2010 – MUDr. Jaroslav Perníčka, Ph.D.

18.00–19.00 hod. Satelitní sympozium GlaxoSmithKline, s.r.o. – Krok kupředu v léčbě BPH

- Kombinovaná terapie BPH – MUDr. Josef Kopecký
- Studie CombAT a Duodart – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Od 20.00 hod. Společenský večer**PÁTEK 25. 2. 2011****7.30–9.00 hod.** Pracovní snídáně, kazuistiky rezidentů

- Laparoskopicky asistovaná orchidopexie u abdominální retence varlete – MUDr. Ondřej Havránek, MUDr. Vladimír Richter
- Transsexualismus s automutilačními sklony – MUDr. David Jež, MUDr. Tomáš Kokoř, MUDr. Roman Staněk
- Akutní emfyzematózní pyelonefritida – MUDr. Andrea Onderková, MUDr. Roman Staněk, MUDr. Tomáš Kokoř, MUDr. Michal Quis
- Adenomatoidní tumor obalů varlete a nadvarlete – MUDr. David Ondra
- Renální onkocytem – charakteristika a CT nálezy – MUDr. Martin Fabišovský, MUDr. Henryk Fikoczek
- Duplicitní nádory urogenitálního traktu – MUDr. Ivana Jakobovičová, MUDr. Eva Poláčková, MUDr. Osvald Cerman

*Předání cen za tři nejlepší sdělení***9.00–9.30 hod.** Přestávka**9.30–12.30 hod.** Workshop – meet the experts

- A) Problematika diagnózy karcinomu prostaty – MUDr. Michal Grepl, Ph.D., MUDr. Milan Král, Ph.D., MUDr. Šárka Kudláčková, MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- B) Problematika LUTS, OAB a neurogenního močového měchýře – MUDr. Eva Burešová, MUDr. Igor Hartmann, MUDr. Aleš Vidlář

12.30–14.00 hod. Přestávka**14.00–16.00 hod.** Take home message – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.**16.00 hod.** Závěr sympozia**ČTVRTEK 24. 2. 2011 OD 15.00 / SESTERSKÁ SEKCE – Malý sál****15.00–16.15**

- Uroinfekce u žen – Šimalíková I., Juračková I. (Břeclav)
- Infekce močových cest u dětí – Čubáková M., Maliková L. (FN Olomouc)
- Inkontinence moči u dětí – postup při diagnostice – Hanáková B., Vránová L. (FN Olomouc)
- Deset hříšných věcí, které Vám mohou prospět – Šefčíková M., Pavelková O. (FN Olomouc)
- Hydrocolonterapie – Pálková V. (Břeclav)
- Příprava a podání analog GnRH u pacienta s karcinomem prostaty – Židková L. (Liberec)

16.15–16.30 Přestávka**16.30–17.15**

- Spinocelulární karcinom – kazuistika – Diváková A., Čopřová M. (Ostrava)
- Když Bůh dal nemoci jméno – Hradilová J. (FN Olomouc)
- Priapizmus – kazuistika – Slováčková R. (FN Olomouc)
- Klasifikace dysfunkcí dolních močových cest – Baumová I. (Ostrava)
- Práce sestry na operačním sále aneb sladký život urologické instrumentářky – Kacelová M., Fričarová M. (FN Olomouc)
- Laparoskopicky asistovaná radikální prostatektomie – Jančová I., Hanáková M. (Nový Jičín)

17.15–17.30 Přestávka**17.30–18.00**

- Nová chirurgická metoda léčby mužské inkontinence – Jančová I., Hanáková M. (Nový Jičín)
- Laparoskopická pyeloplastika – Lehotová M., Pastrnková I. (Havířov)
- Péče o komplikované urostomie u obězních pacientů – Foltánová I. (Havířov)
- Pitný režim – pivo nejen v urologii – Sochorová N., Krejčířiková K. (Olomouc)

Kontrola onemocnění – otevření nových možností

 **SUTENT**[®] tobolky
sunitinibi malas 

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

STANDARD v 1. linii^{1,5}

**HRAZEN
v 1. a 2. linii
mRCC^{*6}**

*pro pacienty s nízkým a středním rizikem

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

Léčivá látka: Sunitinibi malas odpovídající 12,5 mg, 25 mg, 37,5 mg nebo 50 mg sunitinibum v jedné tobolce. **Indikace:** Neresekovatelný a/nebo metastatický maligní gastro-intestinální stromální tumor po selhání léčby imatinib-mesylátem v důsledku rezistence nebo intolerance, pokročilý a/nebo metastatický adenokarcinom ledviny. **Dávkování a způsob podávání:** Doporučená dávka je 50 mg denně perorálně po dobu 4 po sobě následujících týdnů, následuje 2 týdenní pauza (režim 4/2). Na základě individuální bezpečnosti a snášenlivosti možnost úpravy dávky v průběhu léčby po 12,5 mg. Denní dávka by neměla překročit 75 mg nebo klesnout pod 25 mg.

Kontraindikace: hypersenzitivita na sunitinibi-malát nebo pomocné látky. **Zvláštní upozornění:** Současné podávání se silnými induktoři/inhibitory CYP3A4 může snížit/zvýšit koncentrace sunitinibu v plazmě, kombinaci s nimi je třeba se vyhnout. Může dojít k reverzibilní pigmentaci kůže/vlasy. Během léčby by měl být prováděn screening hypertenze a na začátku každého léčebného cyklu vyšetření úplného krevního obrazu. Neprogresivní snížení ejection frakce levé komory o 20 % a pod dolní hranici normálních hodnot se objevilo cca u 2 % až 4 % pacientů. Pečlivě sledování klinických známek a příznaků městnavého srdečního selhání je nutné provádět u rizikových pacientů. Pacient s příznaky pankreatitidy nebo latentního selhání musí užívat přípravku přerušit. **Interakce:** S látkami ze skupiny silných inhibitorů/induktorů CYP3A4 viz zvláštní upozornění. Pacient užívajcí současně antikoagulanty by měl být pravidelně sledován. **Těhotenství a kojení:** U těhotných žen neprováděny žádné studie a není známo, zda je sunitinibi nebo aktivní metabolit vylučován do mateřského mléka. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacient by měl být upozorněn, že během léčby se mohou vyskytnout závratě. **Nežádoucí účinky:** Případy krvácení, některé s fatální průběhem, do gastrointestinálního, dýchacího a močového traktu, tumoru a mozkové krvácení, vzácně trombocytická mikroangiopatie. Kardiaskulární účinky (některé fatální) zahrnovaly snížení ejection frakce levé komory a srdeční selhání. Jiné fatální účinky: multisystémové orgánové selhání, DIC, peritonitida krvácení, randomydláza, cerebrovaskulární příhody, dehydratace, adrenální insuficience, renální či respirační selhání, pleurální efuze, pneumotorax, infekce včetně pneumonie, plicní embolie, šok a náhlé úmrtí. Nejdůležitější závažné nežádoucí účinky: plicní embolie, trombocytopenie, krvácení do tumoru, febrilní neutropenie a hypertenze. Nejčastější nežádoucí účinky: Únavy, gastrointestinální poruchy (průjemy, nauzea, stomatitida, dyspepsie, abt. bolest, flatulence, zácpa, glossytnie, suchá a bolest v ústech) změna barvy kůže a vlasů, anémie, neutropenie, hypotyreóza, bolest hlavy, dyspnoe a anorexie; palmo-plantární erythrodysestázie; vyrážka; bolest končetin; pokles libidita; zánět sliznice, otok; suchá pokožka, alopecie; epistaxe. **Předávkování:** Nebylo hlášeno. **Uchování:** Žádné zvláštní podmínky. **Balení:** 30 tobolok v HDPE lahvičce. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/06/347/001-008. **Datum poslední revize textu:** 07/2010. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.**

LITERATURA: 1) Ljungberg et al. European Association of Urology guidelines, update 2010. 2) Motzer RJ, Rini BI, Bukowski RM et al. Sunitinibi 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. Sunitinibi 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 sunitinibi versus interferon-alfa as first-line treatment of metastatic renal cell cancer (mRCC). ASCO 2008, Oral 5024. 6) www.sukl.cz/seznam-leciv-a-pclu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni

Souhrnné údaje o přípravku jsou k dispozici na adrese:
Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel: 263 004 111; fax: 251 610 270, www.pfizer.cz

 **Oncology**

DOKTORANDSKÝ STUDIJNÍ PROGRAM

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

Středa / 23. 2. 2011 / 16.15–17.45

Problematika diagnostiky renálního ložiska

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení

Uherskohradištská nemocnice, a.s.

Sdělení rekapituluje problematiku diagnostiky a řešení renálního ložiska s důrazem na rozlišení maligních a benigních lézí, uvádí některé kazuistiky a shrnuje další výsledky vlastního sledování, zejména vztahu popisu těchto ložisek na CT a definitivního histologického preparátu.

Aktuální pohled na biomechaniku ženského pánevního dna

MUDr. Miroslav Krhovský

Urologické oddělení Nemocnice Kyjov

Cíl: Přehledová přednáška si klade za cíl předložit aktuální anatomické vědomosti ohledně ženského pánevního dna s vyjádřením názorů na biomechanický význam jednotlivých anatomických struktur.

Rekonstrukční chirurgické výkony na ženském pánevním dnu zaznamenaly v posledních 20 letech významné změny. Příčinou těchto změn byl především komplexní pohled na malou pánev, způsobený podrobnými anatomickými studiemi, které si kladou za cíl nejen popsat jednotlivé pánevní struktury, ale dívají se na ně v širším kontextu jako na funkční struktury, které se vzájemně ovlivňují. Moderní metody si kladou

za cíl přesné určení poškozených struktur. Jejich funkci se pak snaží cíleně obnovit, pokud možno miniinvasivním způsobem. Proto dnes, více než kdy jindy, je solidní znalost anatomie pánevního dna naprosto nezbytným požadavkem jednak pro úspěšné provádění operačních výkonů a jednak k efektivní komunikaci mezi specialisty, kteří se zabývají poruchami pánve.

Srovnání výsledků předoperačního PSA, včetně jeho poměru a histologického nálezu preparátu po radikální robotické prostatektomii u prvních 200 pacientů, kteří měli vstupní PSA do 4,5 ng/ml

MUDr. Jan Schraml

Urologické oddělení

Masarykova nemocnice oz, KZ a.s.

Cíl: Statistické srovnání histologický nálezů po radikální prostatektomii ve srovnání se vstupními hodnotami PSA do 4,5 ng/ml

Soubor: Z prvních 200 pacientů, kteří u nás podstoupili radikální roboticky asistovanou prostatektomie mělo 37 pacientů vstupní PSA pod 4,5 ng/ml, tj. 18,5 %. Přesnou korelaci s váhou prostaty ukazuje tabulka.

Výsledky: V našem souboru operovaných pacientů s karcinomem prostaty, kteří jsou ze spádové oblasti Ústeckého kraje, tj. cca 800 000 obyvatel, bylo u prvních 200 pacientů 18,5 % pacientů s „normální hodnotou“ celkového PSA,

ale již měli signifikantní karcinom prostaty: pT2a 9 pacientů 4,5 %, pT2b 2 pacienti 1 %, pT2c 19 pacientů 9,5 % a dokonce 7 pacientů mělo již lokálně pokročilý karcinom prostaty (pT3a 6 a pT3b 1 pacient). Blíže viz tabulka, kde je i korelace s postoperačním Gleason skóre.

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

Laparoskopická adrenalectomie

MUDr. Igor Hartmann

Urologické klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Laparoskopická adrenalectomie (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 hypertonií 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 adrenalectomii na našem pracovišti v letech 1998–2011.

Výsledky: LA byla provedena ve 211 případech. Každý pacient prodělal předoperačně endokrinologické a radiologické vyšetření. Od roku 2007 je rutinně prováděna selektivní katetrizace suprenální 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 4,7 cm (1,5–12 cm). Parciální adrenalectomie byla provedena v 7 případech pro adenom solitární nadledviny či pro bilaterální aldosteron produkující adenom. Průměrný operační čas byl 58 minut (38–200 minut). V 15 případech byla krvní 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. Pooperačně došlo 1x k plicní embolii a 1x ke vzniku kýly v jedné z jizev.

Závěr: Laparoskopická adrenalectomie 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.

Profylaxe onemocnění močového ústrojí – klinické studie účinku plodů Vaccinium macrocarpon (americké brusinky)

MUDr. Aleš Vidlář

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Ve většině rozvinutých zemí jsou infekce močových cest (IMC) druhou nejčastější infekční chorobou, u žen dokonce nejčastějším bakteriálním onemocněním. Velmi důležitou roli má prevence vzniku IMC, zvláště u recidivujících infekcí. Mezi používané metody patří profylaktické podávání antimikrobiálních léků na noc a imunomodulační léčba. Je ale také doporučováno užívání extraktů z americké brusinky, ovšem při minimálních nežádoucích účincích. V přednášce je uveden přehled klinických studií účinku plodů Vaccinium macrocarpon (americké brusinky) na profylaxi onemocnění močového ústrojí z pohledu medicíny založené na

důkazech, ale také výsledky studií realizovaných na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Použití dotazníku IIEF 5 při hodnocení erektilní dysfunkce u pacientů s karcinomem prostaty

MUDr. Marek Broul, MUDr. Jan Schraml

Centrum robotické chirurgie KZ a.s., Ústí nad Labem

Cíl: Vyhodnotit dotazníky IIEF 5 vyplněné pacienty CRCH KZ, a.s., v letech 2008–2010 před biopsií prostaty, před roboticky asistovanou radikální prostatektomií (dVP) a po dVP v několika časových odstupech.

Metoda: Dotazníkovou metodou (Inter-national Index of Erectile Function – IIEF 5) jsme sebrali data od pacientů, kteří byli pro suspekci na karcinom prostaty indikováni k biopsii prostaty. První vyplnění dotazníku IIEF jsme požadovali od pacientů v den indikace biopsie prostaty. Dále tito pacienti vyplňovali tento dotazník těsně před biopsií prostaty a poté v den přijetí do nemocnice před dVP. Následně paci-

enty po dVP i nadále sledujeme a pacienti vyplňují dotazník po 3, 6, 9 a 12 měsících.

Výsledky: Na našem oddělení jsme v letech 2008 až 2010 provedli celkem 1622 biopsií prostat. 431 z nich bylo pozitivních. Od 22. 8. 2008 (1. dVP na našem pracovišti) do 31. 12. 2010 jsme provedli celkem 393 roboticky asistovaných radikálních prostatektomií. Přimět pacienty vyplňovat IIEF 5 dotazník je práce značně obtížná, až 70% pacientů vyplnění odmítá. Největší problém s vyplněním mají pacienti před biopsií prostaty.

Závěr: Na našem pracovišti se snažíme dlouhodobě sledovat kvalitu života po dVP. Jednou z hodnocených komplikací dVP je i erektilní dysfunkce. Přimět pacienta k vyplnění dotazníku IIEF 5 je značně obtížné. Velká část pacientů toto vyplnění odmítá, případně souhlasí pouze s anonymním vyplněním. Dále je v našem souboru pacientů patrný i výrazný pokles celkového IIEF 5 skóre u pacientů těsně před biopsií prostaty. Toto si vysvětlujeme velkým strachem pacienta před samotnou biopsií. Před radikální prostatektomií již tento pokles IIEF skóre není tak velký.

SATELITNÍ SYMPOZIUM FIRMY **AMGEN, S.R.O.**

Středa / 23. 2. 2011 / 18.00–19.00

Prolia® v léčbě úbytku kostní hmoty při ADT

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Prolia® je léčebný přípravek, registrovaný v indikaci úbytku kostní hmoty u pacientů s karcinomem prostaty léčených ADT. Denosumab (Prolia®) je plně humánní monoklonální proti-

látka, která se specificky váže na RANK ligand, což vede k poklesu počtu aktivovaných osteoklastů a ke snížení kostní resorpce. V klinické studii, kontrolované placebem, u pacientů užívajících ADT pro nemetastazující karcinom prostaty, byla léčba Denosumabem spojena se zvýšením kostní minerální denzity na všech měřených místech (bederní páteř, kyčel, distální 1/3 radií) a vedla k významné redukci kumula-

tivní incidence nových zlomenin obratlů ve 12., 24. a 36. měsíci. Denosumab také významně snižuje výskyt nových vertebrálních zlomenin. Incidence nežádoucích účinků byla srovnatelná v obou měřených skupinách. Léčba přípravkem Prolia®, který se podává subkutánně, je celkově dobře tolerovaná, bez nutnosti monitorování renálních funkcí.

Úloha RANK Ligandu v úbytku kostní hmoty při ADT a význam jeho inhibice

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Karcinom prostaty zaujímá celosvětově jedno z čelních míst v incidenci nádorových onemocnění u mužů (1). Česká republika není výjimkou – v incidenci zaujímá v Evropě 18. příčku a v mortalitě příčku 17. Androgenní deprivace je dnes u tohoto onemocnění standardem léčby. Má však nepříznivý dopad na kost: zvyšuje kostní resorpci, způsobuje úbytek kostní hmoty, a tím se zvyšuje riziko fraktur. Už delší dobu je znám mechanismus, kdy osteoblasty produkují signální protein RANKL

(Receptor Activator of Nuclear Factor – κ B-Ligand, česky „ligand receptoru aktivujícího nukleární faktor kappa B“), který po navázání na příslušný receptor RANK na povrchu osteoklastů a jejich prekurzorů spouští jejich diferenciaci a zvyšuje kostní resorpci. Solubilní receptor osteoprotegerin se váže na výše zmíněný RANKL, a tím brání odbourávání kosti. Tento proces osteoresorpce a osteoformace je za fyziologických podmínek ve vzájemné rovnováze. V důsledku androgen deprivací léčby dochází k nedostatečnému uvolňování osteoprotegerinu. Následná relativní převaha RANK ligandu vede k akcelерованému osteoresorpci a úbytku kostní hmoty. Poznání tohoto mechanismu umožnilo využít v léčbě monoklonální protilátku, která imituje funkci endogenního osteoprotegerinu. Brání osteoklastogenezi a následné osteoresorpci a pomáhá tak ustavit rovnováhu mezi odbouráváním kosti a její novotvorbou fyziologickým způsobem.

Literatura:

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P and Parkin D M, "GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide", IARC CancerBase No. 5, version 2.0. Lyon, France: IARC Press, Available at: <http://wwwdep.iarc.fr/globocan/GLOBOframe.htm> Accessed November 16, 2004.

PRACOVNÍ SNÍDANĚ, KAZUISTIKY REZIDENTŮ

Moderátoři prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Čtvrtek / 24. 2. 2011 / 7.30–9.00

Spontánní ruptura hydrokély – vzácná komplikace tupého poranění skrota

MUDr. Šárka Kudláčková

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Autorka popisuje vzácnou komplikaci tupého poranění skrota u 57letého muže s tenzní hydrokélou. Za pomoci UZ vyšetření byla diagnostikována ruptura hydrokély s následnou spontánní úpravou stavu.

Cizí těleso v močovém měchýři u 11letého chlapce – 41 magnetických kuliček

MUDr. Peter Kuliaček^{1,2},

MUDr. Ivo Novák, Ph.D.¹

¹ Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

² Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Kazuistika 11letého chlapce, který byl přiveden rodiči do FN na naši ambulanci, protože si prý zavedl magnetické kuličky do močové trubice. Chlapec informoval rodiče o nehodě asi během 15 minut. Měl přechodně mírné dysúrie, ale pak byl bez obtíží. Dle otce chybělo doma asi 40 ks kuliček prům. do 5 mm. Po uklidnění obou rodičů byl chlapec vyšetřen a přijat na odd. Důvod zavedení kuliček nechtěl sdělit.

Při fyzikálním, UZ a rtg vyšetření zjištěny kovové kuličky v močovém měchýři, které byly poskládané v několika řadách. Chlapec byl indikován k plánovanému výkonu, endoskopii.

Při cystoskopii v CA potvrzen nález a pak přes 19 a 22 Ch cystoskop pomocí klíštěk byly odstraněny postupně, většinou po jedné, kuličky z měchýře. Po výkonu zaveden permanentní katétr na 36 hod. a pacient byl zajištěn ATB. Další průběh bez teplot a bez komplikací.

Závěr: Cizí těleso v močovém měchýři u dětí je raritní, dochází při něm při autoerotických, sexuálních praktikách, při autovýzkumu, vtipkování, dále zjišťováno po operacích uretry, močového měchýře a jeho okolí, autokatetrizaci, při úrazu, migraci z okolních orgánů apod.

Technika odstranění závisí na velikosti, tvaru, mobilitě a charakteru cizího tělesa. Doporučováno je co nejjednodušší odstranění při cystoskopii event. doplněné miniinvasivní technikou, někdy je však nutná otevřená operace z důvodu šetření a nepoškození močové trubice.

Ruptura aneuryzmatu aorty v urologické ambulanci

MUDr. Michal Zahradník, MUDr. Vasilis Vlachopoulos, MUDr. Josef Kopecký
Urologické oddělení, NsP Havířov

Cíl: Presentace kazuistiky pacienta s rupturou aneuryzmatu arteria iliaca externa dextra v urologické ambulanci.

Metoda: Autoři prezentují formou kazuistiky případ 76letého muže primárně odeslaného obvodním lékařem do urologické ambulance pro močovou retenci a nutkání na stolici. Během vyšetřování pacient kolapsový stav, provedeno urgentní chirurgické a CT vyšetření, kde popsána ruptura aneuryzmatu arteria iliaca externa dextra.

Výsledky: Vzhledem k nálezům byla u pacienta provedena urgentní operace cévním chirurgem, stav řešen našitím aorto-bifemorálního bypassu, pooperační průběh komplikován polymorbiditou pacienta, pacient umírá 39. pooperační den na celkové vyčerpání a na dekompenzaci chronicky selhávajícího srdce.

Závěr: Mylná pracovní diagnóza močové retence verus aneuryzma aorty. Případy ruptury aneuryzmatu aorty v urologické ambulanci jsou vzácné. Na toto onemocnění je třeba myslet v diferenciální diagnostice kolapsových stavů a náhlých příhod břišních i v urologii.

Nespecifická metastáza karcinomu močového měchýře prokázána pitvou

MUDr. Michal Zahradník,

MUDr. Josef Kopecký,

MUDr. Petra Sychrová

Urologické oddělení NsP Havířov,

Patologické oddělení NsP Havířov

Cíl: Prezentace kazuistiky pacienta s nezvyklou lokalizací metastázy karcinomu močového měchýře zjištěné pitvou.

Metoda: Autoři prezentují formou kazuistiky případ 61letého muže, v minulosti stav po endoresekcii tumoru močového měchýře – bez pravidelné dispenzarizace, nyní přijatého na chirurgické oddělení pro absces pravého hypogastria dle CT vyšetření.

Výsledky: Pacient s diagnostikovaným abscesem pravého hypogastria, hospitalizovaný na chirurgickém oddělení, kde provedena punkce abscesu, dle histologického vyšetření abscesové tekutiny spinocelulární karcinom, řešeno s onkologou radioterapií pravého hypogastria. Vzhledem ke zhoršujícímu se klinickému stavu doplněno kontrolní CT vyšetření, kde obraz abscesu či abscedujícího tumoru či metastázy. Pacient umírá na celkové zhoršení a progresi stavu. Dle pitvy zemřelého – zevní abscedující metastáza močového měchýře nespecifické lokalizace s šířením do hypogastria a kyčelní oblasti.

Závěr: Případy nespecifické lokalizace metastázy karcinomu močového měchýře jsou relativně vzácné, ale je nutné na tuto možnost myslet, při diferenciální diagnostice komplikovaného abscesu hypogastria verus metastáza močového měchýře.

vaného abscesu hypogastria verus metastáza močového měchýře.

Píštěl mezi přední stěnou rekta a semennými váčky jako příčina pneumaturie

MUDr. Radek Sýkora¹, MUDr. Tomáš Jonszta²,
MUDr. David Míka¹, MUDr. David Němec¹,
doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.¹

¹ Urologické oddělení FN Ostrava

² Ústav radiodiagnostický FN Ostrava

Laparoskopické operace rekta jsou v dnešní době běžnou součástí léčby tumorů rekta. Mezi možné pooperační komplikace patří píštěl mezi rektem a dolními močovými cestami, nejčastěji rektovezikální píštěl. Jejich projevem pak bývá pneumaturie, případně v kombinaci s fekalurií a infekcí dolních cest močových.

Překládaná kazuistika popisuje případ pacienta, který podstoupil laparoskopickou resekcii rekta dle Dixona a 11 dní po operaci se u něj objevily febrilie, oboustranná epididymitida a pneumaturie.

Diagnóza byla stanovena na základě CT irrigografie. Stav byl řešen zavedením epicystostomie, s ponecháním píštěle ke spontánnímu zahojení, a antibiotickou léčbou. Celková délka léčby, včetně komplikací v podobě recidivující pravostranné epididymitidy s nutností opakované antibiotické léčby, trvala cca 4 měsíce. Po jejich uplynutí a verifikaci zániku píštěle je pacient již 11 měsíců bez obtíží.

Popisujeme průběh, diagnostiku a léčebný postup u této zcela vzácné komplikace laparoskopické operace rekta.

Lokalizovaný karcinom prostaty – alternativy léčby

MUDr. David Hradil

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Pacientovi ve věku 71 let při PSA 7,5 diagnostikovaný při biopsii karcinom prostaty ve stadiu T1c Nx Mx Gleason 3+3. Pro obezitu (BMI 31) a interní komorbiditu (CHOPN III. st.) nedoporučeno operační řešení. Na nespádovém pracovišti doporučena radioterapie + hormonální léčba. Neoadjuvantně nasazen Zoladex dep. + Casodex 150mg, tedy kompletní androgenní blokáda. Odeslán k provedení radioterapii již dle spádu. Přichází po 3 měsících, má silné nežádoucí účinky hormonální léčby, především hot flushes, únavnost a došlo i k exacerbací CHOPN. Pacient odmítl dále podstupovat tuto léčbu a na vlastní žádost přichází na naše pracoviště, kde doporučena a následně po předoperační přípravě provedena robotická radikální prostatektomie. Výkon bez komplikací, histologicky pT2aNxMx Gleason 3+3, chirurgické okraje negativní. Za 30 dnů po výkonu plně kontinentní, přes den občas vložku pro "pocit jistoty", PSA 0, je fyzicky aktivní a došlo i ke zmírnění potíží stran interních komorbidit.

Torze varlete – zkušenosti klinického pracoviště

MUDr. Milan Král, Ph.D., MUDr. Jan Vrána, MUDr. Pavla Hluší, MUDr. Barbora Látalová, MUDr. Michal Grepl, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Torze varlete je jednou z nejzávažnějších diagnóz syndromu akutního skrota. Pro torzi je typický náhlý začátek a charakteristický klinický průběh. Pozdní stanovení diagnózy či zahájení léčby (chirurgická revize a detorze varlete) vede k ireverzibilním změnám v parenchymu varlete. V průběhu let 2005–2010 jsme ošetřili na našem pracovišti 25 pacientů pro suspektní torzi varlete. Při operační revizi byla potvrzena diagnóza testikulární torze u 17 z nich, přičemž v 8 případech byla provedena úspěšná detorze varlete. V 9 případech jsme byli nuceni provést orchiektomii pro známky devitalizace varlete. U čtyřech pacientů byla diagnostikována torze apendixu varlete či nadvarlete, v jednom případě nalezena skrotální hernie a ve dvou případech epididymitida. U případů s torzí varlete byla připojena fixace varlete druhostranného. Jako raritní prezentujeme případ 17měsíčního chlapce vyšetřeného pro suspektní inveterovanou torzi varlete, pro současné USG podezření na tumor varlete provedena operační revize z inguinálního přístupu s nálezem yolk sac tumoru. Pro klinickou praxi tedy vyplývá, že pouze časné a správné klinické a ultrazvukové vyšetření při podezření na torzi varlete a indikace operační revize může vést k zachování vitality varlete a tím fertilitní a endokrinní funkce. I v případě nízkého věku chlapců je nutno pomýšlet v rámci diferenciální diagnózy syndromu akutního skrota i na maligní onemocnění a v případě pochybností indikovat chirurgickou revizi z inguinálního přístupu.

MODERNÍ LÉČBA V UROONKOLOGII

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

Čtvrtek / 24. 2. 2011 / 16.00–18.00

Radioterapie karcinomu prostaty na Klinice onkologické FN Ostrava

MUDr. Jaroslav Hájek, Ing. MUDr. Jakub Cvek,
Ph.D., MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA

Klinika onkologická FN Ostrava

Karcinom prostaty je nejčastěji diagnostikované nádorové onemocnění u mužů. Jeho léčba může být multimodální. K jednotlivým léčebným postupům patří operace – RAPE, hormonální léčba nebo taktika w+w.

V neposlední řadě k nim patří radioterapie, která v posledních 20 letech zaznamenala významný rozvoj, když došlo k objevení nových ozařovacích metod. Plánování radioterapie s pomocí CT vedlo k rozvoji 3D konformní radioterapie, k rozvoji IMRT (radioterapie s modulovanou intenzitou) a IGRT (radioterapie řízená obrazem). Tyto metody umožňují přesnější a bezpečnější radioterapii s dodáním vyšší léčebné dávky záření do cílového objemu s lepším šetřením okolních zdravých tkání. Existují důkazy, že eskalace dávky záření zlepšuje výsledky léčby. Na naší klinice používáme kromě těchto metod nově od srpna roku 2010 i stereotaktickou radiochirurgii prostaty Cyberknife.

Pacienty s karcinomem prostaty léčíme podle léčebného protokolu dle stupně rizika rekurence následovně:

Ve skupině nízkého rizika (T1-2a + GS<7 + PSA<10) je metodou volby výše uvedená léčba pomocí Cyberknife. Kontraindikací jejího užití je stav po TURPu v posledních 12 měsících, obstrukční

symptomatologie vyžadující desobstrukční výkon. Před vlastní léčbou aplikujeme kontrastní zlatá zrna do prostaty. Následně je provedeno plánování RT pomocí CT a NMR pánve. Vlastní stereotaktická radiochirurgie probíhá hypofrakcionačně v 5 frakcích po 7,25 Gy, každý druhý pracovní den. Celá léčba včetně plánování trvá tedy 2–3 týdny. Při kontraindikaci Cyberknife užíváme standardní radioterapii, kde cílovým terapeutickým objemem (CTV) je prostata a báze semenných váčků, dávka činí 70–78 Gy v 35–39 frakcích normofrakcionačně.

Adjuvantní RT po operaci (RAPE) nebývá v této skupině zpravidla indikována, hormonální léčba není indikována.

Ve skupině středního rizika (T2b-c nebo GS=7 nebo 10<PSA<20) při indikaci kurativní RT jako primární léčby je CTV prostata a semenné váčky (SV). Při riziku postižení lymfatických uzlin dle Roachova vzorce > 15 % zařazujeme ozáření pánve (využití metody SIB-simultánního integrovaného boostu), dávka činí 78 Gy v 39 frakcích, při užití IG-IMRT pak 84 Gy ve 42 frakcích

Adjuvantní RT po RAPE nebývá v této skupině zpravidla indikována. Hormonální léčbu v této skupině paušálně neindikujeme. Používáme ji v indikovaných případech konkomitantly – antiandrogeny nebo LH RH analoga. Týká se to pacientů s GS 4+3, eventuálně s kratším DT PSA. Při velkém objemu prostaty, resp. při špatných anatomických poměrech dle plánovacího CT zvažujeme i neoadjuvantní podání 3 měsíční TAB (totální androgenní blokády) = LH RH analoga + antiandrogen.

Ve skupině vysokého rizika (T3-4 nebo GS>7 nebo PSA>20) je metodou volby kurativní RT s hormonální léčbou. Individuálně zvažujeme provedení diagnostické lymfadenektomie před neoadjuvantní hormonální terapií a radioterapií, zejména u mladších pacientů s GS nad 7 nebo PSA nad 20, eventuálně u pacientů s cN+ dle CT vyšetření.

Při primární radioterapii je CTV 1 pánev a CTV 2 pak prostata a SW. Dávka: 78 Gy v 39 frakcích, CTV1: 50 Gy, CTV2: 28–34 Gy, při IG-IMRT je dávka 84 Gy v 42 frakcích s využitím SIB.

Hormonální léčbou v této skupině je neoadjuvantní podání TAB v délce 3–9 měsíců (délka dle rizika pacienta a podle poklesu PSA do nadiru, následně léčba antiandrogeny konkomitantně s RT a adjuvantní podání antiandrogenu do celkové doby 2 let po ukončení RT. U vybraných pacientů užíváme LH RH analoga v monoterapii.

Adjuvantně po RAPE je RT indikována při nálezu pT3,4 nebo při R1 resekci – buď za 3 měsíce po operaci nebo jako salvage RT při biochemickém relapsu (načasování RT je vždy po konzultaci s ošetřujícím urologem a pacientem). Další indikací k RT jsou pacienti s nenulovým PSA po RAPE a nízkou dynamikou růstu PSA CTV 1: pánev (při riziku postižení uzlin > 15 %) – 50Gy. CTV 2: lůžko po RAPE je dávka 70 Gy v 35 frakcích.

Ve skupině s primárně N1 je metodou volby bilaterální orchiektomie, resp. LH RH analoga event. s antiandrogeny v rámci TAB a radioterapie na oblast pánve bez eskalace dávky. Individuálně u mladších pacientů s minimálním postižením pN1 po pánevní lymfadenektomii lze zvážit použití protokolu pro skupinu vysokého rizika. Při radioterapii bez eskalace dávky je CTV 1 pánev a CTV 2 prostata a SV. Dávka činí 60 Gy ve 30 frakcích (CTV 1: 50Gy, CTV 2: 10 Gy).

Ve skupině M1 indikujeme radioterapii s paliativním záměrem – například jako paliativní analgetickou RT kostních metastáz nebo paliativní RT primárního tumoru prostaty ke snížení rizika rozvoje symptomů při lokální progresi nemoci.

V loňském roce jsme léčili radioterapií asi 200 nových pacientů s touto diagnózou. U 50 z nich byl použita stereotaktická radiochirurgie prostaty přístrojem Cyberknife. Naše dosavadní zkušenosti s touto novou moderní léčebnou metodou jsou dobré. Pacienty je kladně kvitována krátká doba jejího trvání, malá toxicita a velmi dobrá snášenlivost. Dlouhodobé výsledky léčby ani pozdní toxicitu jsme zatím nemohli sledovat.

Robotická radikální prostatektomie

MUDr. Michal Grepl, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Intenzivní vyhledávání karcinomu prostaty v rámci programů včasné detekce, biopsie u pacientů s nízkým PSA a celková informovanost veřejnosti o problematice karcinomu prostaty vede k stále vyššímu zachytu karcinomu v nízkých stadiích. Vzhledem k tomu stoupá i potřeba moderních radikálních léčebných postupů.

Radikální léčba zahrnuje nejčastěji operační řešení. Prostatektomie je ale zatížena řadou komplikací a trvalých následků. Ve snaze je minimalizovat, byla postupně, kromě otevřené radikální retropubické prostatektomie, zavedena do běžné praxe laparoskopická a od roku 2000 i roboticky asistovaná radikální prostatektomie.

Do Fakultní nemocnice Olomouc byl robotický operační systém pořízen v srpnu 2009. Do té doby byly radikální prostatektomie prováděné retropubicky. Od září 2009 do ledna 2011 bylo na Urologické

klinice provedeno 227 roboticky asistovaných operací (75 % z celkového počtu) z toho 207 roboticky asistovaných radikálních prostatektomií. Počet otevřených retropubických výkonů klesl na 50.

Autor ve své přednášce shrne zkušenosti, technické postupy, přínos, komplikace i první funkční a onkologické výsledky. To vše ve srovnání s otevřenou retropubickou prostatektomií.

Podle současných znalostí není stále jasné, která operační metoda je nejlepší. Zdá se, že při roboticky asistované radikální prostatektomii dochází k menším krevním ztrátám, vyžaduje méně krevních transfuzí, umožňuje kratší pobyt v nemocnici, má méně všeobecných chirurgických komplikací a striktur anastomózy a podobné onkologické výsledky v porovnání s otevřenou operací. Co se týče funkčních, existují rozporuplná data. Také ekonomický dopad je v našem prostředí a současné době velice problematický.

Přes stále nejasné výsledky a potřebu dalších randomizovaných studií se všichni autoři shodují, že nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím výsledek operace je zkušenost operátora s touto metodou.

Možnosti robotické chirurgie v léčbě nádorů ledvin

MUDr. Igor Hartmann,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,

MUDr. Michal Grepl, Ph.D.,

MUDr. Aleš Vidlář

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Úvod: Využití robotického systému v chirurgii nádorů ledvin se stále rozvíjí. Zatímco robotická radikální nefrektomie neposkytuje zásadní výhody před LSK RANE, robotická resekce ledviny je stále

častěji využívaná metoda při řešení nádorového onemocnění ledvin. Jejím cílem je zresekovat tumor v bezkrevném prostředí v co nejkratší teplé ischemii a provést hemostatickou suturu resekcí plochy. Standardně je prováděna od r. 2006. Proti LSK resekci je robotická resekce výhodnější zvláště u komplexních tumorů, kde bývá dosaženo signifikantně kratší doby teplé ischemie.

Metody: Od 6/2010 provedeno na Urologické klinice FN Olomouc 28 roboticky asistovaných resekcí ledviny pro tumor. Retrospektivně jsme zhodnotili výsledky těchto operací.

Výsledky: Průměrná velikost resekovaných tumorů byla 3,5 cm (2,5–7 cm), průměrný operační čas (consol time) 48 min. (32–72 min.), průměrná doba teplé ischemie 14 min. (8–21 min.), krevní ztráty 100–400 ml. Histologie resekcí okraje a spodiny byla negativní ve všech případech.

Závěr: Roboticky asistovaná resekce ledviny je bezpečnou alternativou k laparoskopické resekci ledviny dosahující ekvivalentní časné onkologické výsledky a srovnatelnou morbiditu. Je výhodná hlavně při řešení špatně přístupných, rozsáhlých a členitých tumorů. Zkracuje dobu teplé ischemie zvláště u komplexních nádorů a umožňuje tak maximální rezervaci funkce ledviny. Zatím nejsou k dispozici dlouhodobé onkologické výsledky. Dle našich zkušeností je jednoznačně superiorní metodou k laparoskopické resekci tumorů ledviny.

Urologická klinika 2010

MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Ve sdělení autor shrnuje operační aktivity kliniky v roce 2010, které srovnává s výkony za posledních 10 let.

Vyhodnocuje 1 483 otevřených, laparoskopických, robotických a endoskopických operací za rok 2010. Zvláště rozebírá soubor 407 operací

provedených pro onkologická onemocnění, kde diskutuje trend jednotlivých operačních výkonů v letech 2001–2010.

SATELITNÍ SYMPOZIUM FIRMY **GLAXOSMITHKLINE, S.R.O.** KROK KUPŘEDU V LÉČBĚ BPH

Čtvrtek / 24. 2. 2011 / 18.00–19.00

Kombinovaná terapie BPH

MUDr. Josef Kopecký

Urologické oddělení, Havířov

Cíl: Seznámení se současnými poznatky o klinickém vývoji BPH, indikacích a možnostech cílené terapie.

Metody: Na základě současných poznatků a studie CombAT byla shromážděna data, která vypovídají o progresivním charakteru BPH. Největší prognostický význam při progresi BPH má hodnota PSA, objem prostaty a věk. Menší význam symptomatologie LUTS.

Výsledky: Progredující charakter onemocnění a nárůst potíží pacienta může vyústit v akutní retenci moči a chirurgickou intervenci.

Závěry: Poslední studie prokazují, že moderní terapie zlepšuje kvalitu života, symptomatologii pacienta a výrazně snižuje riziko akutní močové retence.

Studie CombAT a Duodart

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Úvod: Duodart je nová fixní kombinace dutasteridu, duálního inhibitoru 5-alfa reduk-

tázy (snížení sérového DHT po 1 roce až o 94%) a tamsulosinu. Je indikována k léčbě středně těžkých až těžkých příznaků BPH a ke snížení rizika akutní retence moči a chirurgického zákroku u těchto pacientů.

Materiál a metoda: Společné podávání dutasteridu a tamsulosinu oproti oběma monoterapiím bylo hodnoceno v mezinárodní randomizované dvojité slepé studii CombAT u pacientů ($n=4844$) s těmito vstupními hodnotami: IPSS ≥ 12 , objem prostaty ≥ 30 ml, $Q_{max} > 5$ a ≤ 15 ml/sec, PSA 1,5–10,0 ng/ml, tj. u pacientů s rizikem progresu BPH. Výsledky po dvou letech léčby ukázaly signifikantně větší zlepšení skóre IPSS, rychlosti proudu moči Q_{max} i kvality života dle dotazníku BII u kombinované léčby. U kombinované léčby se výrazněji projevily sexuální nežádoucí účinky, ve druhém roce léčby však byl jejich výskyt již výrazně nižší.

Závěr: dle současných EAU guidelines (EAU Non-neurogenic Male LUTS guidelines 2010) má být kombinovaná terapie nabídnuta pacientům se středními až těžkými příznaky, zvětšenou prostatou a sníženým Q_{max} (pacienti s pravděpodobným rizikem progresu). Účinnost kombinace dutasteridu a tamsulosinu právě u této skupiny pacientů prokázala studie CombAT.

PRACOVNÍ SNÍDANĚ, KAZUISTIKY REZIDENTŮ

Pátek / 25. 2. 2011 / 7.30–9.00

Laparoskopicky asistovaná orchidopexie u abdominální retence varlete

MUDr. Ondřej Havránek¹,

MUDr. Vladimír Richter, Ph.D.²

¹ Urologické oddělení FN Ostrava-Poruba

² Chirurgická klinika FN Ostrava-Poruba

Poruchy sestupu varlete se vyskytují u 3–5 % novorozенých dětí. U nedonošených novorozenců dokonce téměř ve 30 %. Přibližně 20 % nesestoupných varlat je nehmatných při klinickém vyšetření. V těchto případech laparoskopie představuje vynikající diagnostickou metodu spojenou s možností operačního řešení v jedné době.

Prezentujeme videokazuistiku laparoskopicky asistované orchidopexie u 13měsíčního dítěte s abdominální retencí pravého varlete. Snažíme se demonstrovat výhody a šetrnost laparoskopie v léčbě dětských pacientů s poruchou sestupu varlat.

Transsexualizmus s automutilačními sklony

MUDr. David Jež, MUDr. Tomáš Kokoř,

MUDr. Roman Staněk

Urologické oddělení,

Slezská nemocnice Opava

Cíl: Kazuistika 33letého transsexuála s opakovanými automutilačními pokusy, který pro nízkou psychosociální úroveň nesplňuje kritéria pro změnu pohlaví.

Prezentujeme případ nemocného, který si při pokusu o vytvoření neovaginy způsobil arteficiální perineální uretrostomii. Poškození vyústilo v recidivující uroinfekt s inkontinencí moče. Z důvodu odmítnutí jakékoli léčby uretrostomie ponechán defekt bez chirurgického řešení, pouze symptomatická léčba. S odstupem času nemocný přichází pro cizí těleso v močovém měchýři zavedené při sexuálně motivované aktivitě. Po diagnostice provedena extrakce cizího tělesa (žárovky) z močového měchýře per cystotomiam. Rána zhojena bez komplikací, uzavření defektu na hrázi pacient opakovaně odmítá.

Závěr: Léčba transsexualizmu je složitá a komplexní, zahrnuje psychoterapii, hormonální léčbu a chirurgickou změnu pohlaví. Vyžaduje dobrou spolupráci pacienta, proto je velmi komplikovaná, až nemožné, léčit mentálně a sociálně deprivovaného jedince. V našem případě navíc pacienta se sklony k automutilaci, které komplikují péči a vyžadují nestandardní a mnohdy kontroverzní postupy.

Akutní emfyzematózní pyelonefritida

MUDr. Andrea Onderková,

MUDr. Roman Staněk, MUDr. Tomáš Kokoř,

MUDr. Michal Quis

Urologické oddělení,

Slezská nemocnice Opava

Cíl: Prezentujeme případ 57leté diabetičky na inzulinoterapii s diagnózou akutní emfyze-

matózní pyelonefritidy s rozvojem těžkého septického stavu.

Metoda: Diagnóza stanovena na základě klinického stavu, biochemického a hematologického vyšetření a především CT urotraktu, které prokazuje masivní přítomnost plynu v pravém retroperitoneu s destrukcí ledvinného parenchymu, šířícího se až do podkoží a svalové vrstvy pravé bederní krajiny i hýždí. Rozhodnuto o provedení akutní operační revize. Pro zhoršení stavu s rozvojem sepse předoperačně pacientka připravena na ARO oddělení. U pacientky provedena pravostranná nefrektomie s vydrenováním pravého retroperitonea a rovněž provedeny incize nad pravou kyčlí.

Výsledek: Kultivačně prokázána *E. coli*, histologicky pak téměř kompletní nekróza ledvinného parenchymu. Po intenzivní ATB terapii a terapii sepse dochází k poklesu zánětlivých a renálních parametrů a ke stabilizaci celkového stavu.

Závěr: Akutní emfyzematózní pyelonefritida je vzácné, ale závažné a život ohrožující onemocnění, vyskytující se zejména u pacientů s diabetem. Léčba je především chirurgická (derivační, amputační), doprovázená ATB terapií, kompenzací diabetu a podporou vitálních funkcí.

Adenomatoidní tumor obalů varlete a nadvarlete

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení

Uherskohradištská nemocnice, a.s.

Kazuistika prezentuje případ 36letého pacienta vyšetřeného pro bolesti pravého varlete, palpačně rezistence v oblasti kaudy

nadvarlete nereagující na ATB terapii, dle USG kulovitá smíšeně echogenní struktura prům. 25 mm v oblasti kaudy nadvarlete sousedící s varletem. Tu markery negativní. Vzhledem k podezření na tumor indikována operační revize, při níž excize útvaru, dle peroperační histologie tumor s nejistým biologickým chováním a nekrózou, proto provedena radikální orchiektomie. V definitivním histologickém preparátu adenomatoidní tumor obalů varlete a nadvarlete.

Renální onkocytom – charakteristika a CT nálezy

MUDr. Martin Fabišovský,

MUDr. Henryk Fikoczek

Urologické oddělení FN Ostrava-Poruba

Radiodiagnostický ústav FN Ostrava-Poruba

Renální onkocytom je nejčastější benigní epitelový nádor ledviny s četností výskytu 3–7 % všech tumorů ledvin. Jeho incidence narůstá tak, jak je díky široké dostupnosti sonografického a CT vyšetření diagnostikováno stále více incidentálních malých nádorů ledvin. Možnosti předoperační diagnostiky tohoto tumoru ve smyslu spolehlivého odlišení od renálního karcinomu jsou i přes velký pokrok v zobrazovacích technologiích stále nedostatečné a neuspokojivé. Zhodnotili jsme soubor pacientů, kteří v posledním roce podstoupili na našem pracovišti operaci pro tumor ledviny a jejichž histologický nálezy odpovídaly diagnóze renálního onkocytomu. Prezentujeme rentgenovou dokumentaci a snažíme se retrospektivně zhodnotit nálezy ve smyslu možnosti předoperační predikce benigní povahy expanze.

Duplicitní nádory urogenitálního traktu

MUDr. Ivana Jakabovičová,

MUDr. Eva Poláčková,

MUDr. Osvald Celman

Urologické oddělení nemocnice Břeclav, p.o.

Autoři prezentují dvě kazuistiky s výskytem těchto nádorů.

V první kazuistice uvádí pacienta s nálezem tumoru varlete a náhodně zjištěným karcinomem ledviny během dokončení vyšetření základního onemocnění.

V druhém případě je uveden pacient, u kterého byl postupně řešen oboustranný karcinom ledviny. Během sledování pacienta pro základní onemocnění byl diagnostikován a léčen karcinom prostaty.

ABSTRAKTA K SESTERSKÉ SEKCI

Čtvrtek / 24. 2. 2011 / 15.00–18.00

Uroinfekce u žen

Lucia Šimalíková, Ivana Juračková

Urologie, Nemocnice Břeclav

Močové infekce, nejčastěji postižené ženy, klasifikce, příznaky, diagnostika, léčba IMC uroinfekce v graviditě, komplikace, příčiny, léčba a prevence.

onemocnění, vyšetřovací metody a následná terapie. Zvláštní pozornost je věnovaná prevenci infekcí.

Infekce močových cest u dětí

Mária Čubáková, Lenka Malíková

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Infekce močových cest mohou být samostatnou chorobou, nebo provázet jiná onemocnění. Mohou probíhat lehce a odeznít bez následků, ale mohou vést ke zničení ledvinné tkáně (parenchymu) a závažnému poškození funkce a ledvinnému selhání.

Infekce močových cest se může objevit jedenkrát za život a zmizet, může se však opakovaně vracet.

Obsahem přednášky je právě problematika infekce močových cest u dětí, příznaky a diagnostika

Inkontinence moči u dětí – postup při diagnostice

Barbora Hanáková, Lucie Vránová

Urologická klinika FN Olomouc

Cíl: Seznámit s průběhem hospitalizace dětí v nemocnici. Druhy vyšetření, která musí děti absolvovat, aby se pak stanovila přesná diagnóza a mohlo se včas předcházet možným dalším zdravotním potížím. Popis prováděných vyšetření (cystoskopie, uroflowmetrie, urodynamicum) a jejich posloupnost ve vyšetřovacím procesu. Pobyt dětí na oddělení trvá asi týden a výsledkem je objasnění důvodu dětské inkontinence. Přednáška nezahrnuje jen vyšetřovací metody, které se provádí, ale je zde zmínka také o školních a mimoškolních aktivitách. Chceme dětem pobyt v nemocnici co nejvíce zpříjemnit. Někdy jsou s dětmi hospitalizováni i rodiče.

Deset hříšných věcí, které vám mohou prospět

Miroslava Šefčíková, Olga Pavelková
Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Jsou věci, o kterých si myslíme, že mohou našemu organismu jenom škodit, ale pak po zkušenostech nebo pomocí různých výzkumů zjistíme, že je to právě naopak.

Obsahem přednášky je zmínka jen o deseti věcech, které jsou třeba hříšné a přesto mohou mít blahodárné účinky na náš organizmus. Třeba čokoláda za to vděčí antioxidantům, které obsahuje.

Vztek je obranný mechanismus, který nás chrání před poškozením srdce, vysokým krevním tlakem, poruchami spánku či poškozením plic. Jistě jste již zaslechli o blahodárných účincích střídavého avšak pravidelného pití vína na lidský organizmus. Nejen lahodná, ale také zdraví prospěšná může být dobře uvařená káva. A proč je dobré mít sex? Je zdravý, léčí spoustu neduhů a čistí hlavu.

Hydrocolon terapie

Veronika Pálková, DiS.
Urologie, Nemocnice Břeclav

Hydrocolonterapie – očista organismu, definice, příprava před hydrocolonterapií, průběh, ošetření po terapii, indikace a kontraindikace hydrocolonterapie.

Příprava a podání analog GnRH u pacienta s karcinomem prostaty

Bc. Lucie Žídková
Urologické oddělení,
Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Zhoubné nádory prostaty jsou druhým nejčastějším maligním onemocněním mužské populace.

Hormonální terapie hraje významnou roli v léčbě tohoto zhoubného onemocnění.

Účinnou alternativou jsou na českém trhu dostupná a z veřejného pojištění hrazená GnRH analoga: triptorelin (Diphereline S.R. 11,25 mg S.R.), goserelin (Zoladex Depot 10,8 mg Depot), leuprorelin (Eligard 22,5 mg, Lucrin).

Z důvodů rozdílnosti v přípravě a podání jednotlivých injekčních analog GnRH jsme se rozhodli provést průzkum preferencí zdravotníků sester při přípravě a podání analog GnRH. Pro náš výzkum jsme vybrali 3měsíční formy přípravků používaných pro léčbu karcinomu prostaty Diphereline S.R. 11,25 mg S.R. 11,25 mg (triptorelin), Eligard 22,5 mg (leuprorelin) a Zoladex Depot 10,8 mg. Hlavním cílem bylo zjistit výhody a nevýhody jednotlivých léků stran jejich přípravy a podání a také nežádoucích účinků v místě vpichu.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 50 zdravotníků sester z největších center v České republice zabývajících se léčbou karcinomu prostaty.

Spinocelulární karcinom penisu – kazuistika

Alena Diváková, DiS., Monika Čopfová
Urologické oddělení Ostrava

Autorky popisují průběh hospitalizace a následné ambulantní dispenzarizace pacienta se spinocelulárním karcinomem uretry a penisu, pooperační komplikace cystoprostatektomií, penektomií, orchiektomií, lymfadenektomií, apendektomií a zmiňují se o složitém sociálním zázemí nemocného.

Když Bůh dal nemoci jméno

Jana Hradilová

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Jako priapizmus označujeme dlouhotrvající a spontánně neustupující erekci. Už název přednášky říká, že se bude zabývat víc mytologií, pověstí o bohu Priapovi. Po Priapovi byla pojmenována i porucha erekce, Priapos bývá zobrazován jako starší muž s úrodou v klíně a s obřím pyjem.

V další části přednášky je zmínka o této nemoci u slavných a s tím i související zajímavosti. Zajímavá je i léčba priapizmu v minulosti a dnes a jaký je psychologický dopad dlouhotrvající erekce nejen na muže.

Priapizmus – kazuistika

Renata Slováčková

Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Priapizmus – pod tímto názvem se skrývá dlouhotrvající a spontánně neustupující erekce doprovázená značnou bolestivostí. Slovo pochází z řečtiny, je odvozené od řeckého boha Priapa, což byl bůh zahrad a lásky v rostlinném i živočišném světě. Toto onemocnění není až tak časté, nicméně zasluhuje pozornost kvůli možným vážným urologickým komplikacím. Důležité je podotknout, že erekce u priapizmu nesouvisí s pohlavním podrážděním často bez spojitosti s předešlou sexuální aktivitou. Erekce je dlouhodobá, není spojena s orgastickými prožitky ani není ukončena ejakulací. Je to patologický stav vyžadující lékařský zásah.

Priapizmus muže postihuje nejčastěji v souvislosti s užitím některých léků, dále pak jako důsledek užití nějaké zakázané drogy.

Klasifikace dysfunkcí dolních močových cest

Bc. Ivanka Baumová

Urologické oddělení Ostrava

Autorka ve své přednášce definuje dysfunkce dolních močových cest, uvádí přehled klasifikací dysfunkcí dle ICS, Madersbachera, podle lokalizací míšních lézí, uvádí ucelený přehled léčebných možností se stručným zhodnocením jejich efektivity a na závěr uvádí podíl sestry při ošetřování nemocných s poruchami vyprazdňování močového měchýře.

Práce sestry na operačním sále aneb sladký život urologické instrumentářky

Monika Kacelová, Martina Fričarová
COPs, FN Olomouc

Práce sestry na operačním sále je odborně, psychicky a fyzicky náročná, klade specifické nároky na osobnost sestry. Profese instrumentářky vyžaduje odborné znalosti na vysoké úrovni, praktickou a technickou zručnost, připravenost a pohotovost k řešení naléhavých situací, schopnost dokonalé spolupráce v týmu, schopnost citlivého přístupu k pacientce v rámci ošetrovatelské péče.

Cílem přednášky je seznámit posluchače se specifiky práce sestry na operačním sále, se zásadami instrumentování, s principy hygieny a epidemiologie, manipulací s materiálem, přístroji a technikou. Ale i při takto náročné práci se objeví humorné situace, které stojí za zmínku.

Laparoskopicky asistovaná radikální prostatektomie

Iveta Jančová, Markéta Hanáková

Urologické oddělení Onkologického centra

J. G. Mendla, Nový Jičín

Cíl: V naší práci prezentujeme laparoskopickou radikální prostatektomii z pohledu instrumentářky se zaměřením na technické vybavení a povinnosti sestry.

Metoda: Laparoskopicky asistovaná radikální prostatektomie je miniinvazivní metoda. K provedení radikální prostatektomie se přistupuje ve chvíli, kdy je u pacienta zjištěn karcinom prostaty.

Operačním výkonem se odstraňuje prostata se semennými váčky a chámovody. Tato metoda je šetrná. Výhodami této metody jsou obecné výhody laparoskopického přístupu (minilaparotomie, větší pooperační komfort pro nemocné atd.) s možností precizní disekce tkání v malé pánvi pod kontrolou zraku s minimálními krevními ztrátami.

Závěr: Na našem pracovišti tato metoda pro své výhody zcela nahradila otevřenou operaci prostaty a je velkým přínosem jak pro pacienta, tak i pro operatéra. Od roku 2006 jsme laparoskopicky odoperovali na 431 pacientů. Nutným předpokladem úspěchu operace je souhra dobře vyškoleného personálu.

Nová chirurgická metoda léčby mužské inkontinence

Iveta Jančová, Markéta Hanáková

Urologické oddělení Onkologického centra

J. G. Mendla, Nový Jičín

Cíl: V naší práci prezentujeme novou chirurgickou metodu léčby mužské inkontinence, za pomoci ARGUS ADJUSTABLE MALE SLING

Metoda: Argus sling je nová bulbouretrální operace při řešení močové inkontinence u muže po operaci na prostatě. Operační technika je standardním transperitoneálním přístupem, jen je použit nový, speciálně pro muže 100% silikonový sling s měkkým polštářkem uloženým pod bulbární uretrou.

Závěr: Výhodami této metody je lepší komfort pro pacienta, jednoduchá aplikace a určité lepší cenová relace.

Laparoskopická pyeloplastika

Bc. Marika Lehotová, Iva Pastrnková

Urologické oddělení, NsP Havířov, p.o.

LPSK pyeloplastika patří mezi moderní miniinvazivní operační techniky, sloužící k řešení hydronefrózy. Hydronefróza je stav, kdy vážne odtok moči z ledvinné pánvičky v důsledku vrozeného nebo získaného poškození ureteropelvickeho spojení.

Cílem přednášky je seznámit s předoperační přípravou a pooperační péčí pacientů.

Péče o komplikované urostomie u obézních pacientů

Ivana Foltánová

Urologie, NsP Havířov

Ureteroileostomie je stále jednou z alternativ derivace moči po radikální cystektomii nebo jako samostatný dervační výkon.

Technické provedení stomie je plně v rukou operátora, péče o stomii však zůstává z velké části v rukou ošetřující stomické sestry.

V přednášce chceme prezentovat příklad péče o komplikované stomie u obézních pacientů navíc trpících kontaktní dermatitidou.

Pitný režim – pivo nejen v urologii

Bc. Nataša Sochorová

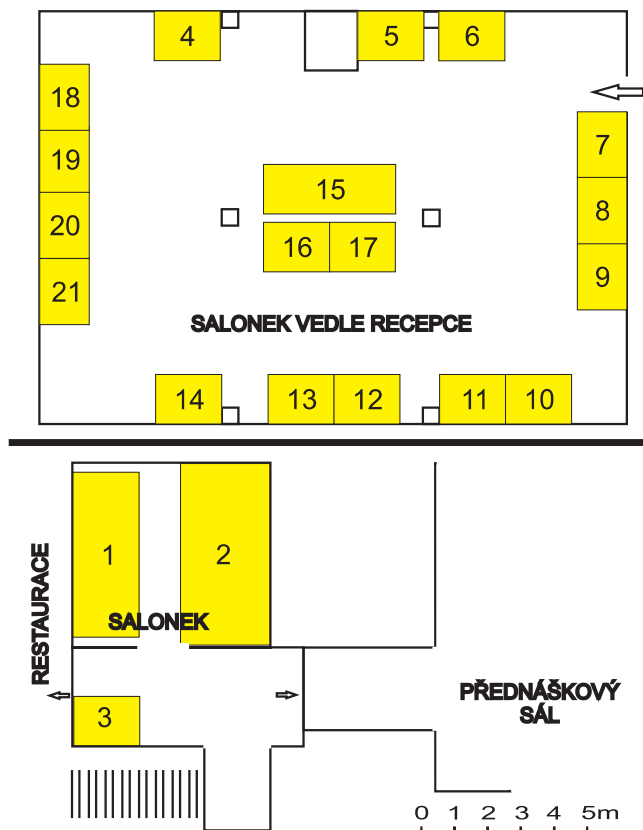
Urologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Pivo je kvašený slabě alkoholický nápoj vyráběný v pivovaru z obilného sladu, vody a chmele pomocí pivovarských kvasinek, který se těší značné oblibě v Česku i v zahraničí. Na území Česka se jedná o nejkonzumovanější alkoholický nápoj. Pivo je považováno za jeden z českých symbolů.

Pivo se často přisuzovaly léčitelské účinky. Pije se v lidské civilizaci již tak dlouho, že lidé vypožadovali jeho vliv na zdravotní stav. Protože český národ zaujímá ve spotřebě piva přední místa ve světových statistikách, věnuje se řada lékařů výzkumu vlivu pití piva na člověka. Z poznatků výzkumných ústavů vyplývá, že pivo je fyziologicky mimořádně vyrovnaný nápoj.

Pivo je zdravější než jiné druhy alkoholu, není to „prázdný“ alkoholický nápoj a navíc obsahuje 92 % vody. Obsahuje látky působící kladně na lidský organizmus. Tyto látky snižují podíl tuků v lidském organizmu, příznivě působí na výměnu tuků a cukrů v krevním řečišti, regulují krevní tlak, snižují obsah cholesterolu podporujícího arteriosklerózu, naopak zvyšují podíl ochranného cholesterolu HDL v krvi, snižují hladinu cukru v krvi a omezují nadměrnou tvorbu inzulínu. Pivo podporuje vylučování moči, zlepšuje trávení. Taktéž obsahuje antioxidanty, látky, které snižují riziko rakoviny a zvyšují tělesnou odolnost. Nadměrné pití piva může poškozovat játra, ledviny a způsobovat nadměrné odumírání mozkových buněk. V tomto případě je ale riziko těchto problémů z alkoholických nápojů u piva nejnižší.

Rozmístění vystavovatelů
MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM, 23. - 25. 2. 2011
Hotel Dlouhé Stráně, Loučná nad Desnou



- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 GlaxoSmithKline, s.r.o. | 11 Amgen s.r.o. |
| 2 Pfizer, spol. s r.o. | 12 Astellas Pharma s.r.o. |
| 3 Lindcare CZ s.r.o. | 13 BTL zdravotnická technika, a.s. |
| 4 Sanitas Pharma a.s. | 14 Olympus Czech Group, s.r.o. |
| 5 HOSPIMED, spol. s r.o. | 15 APOTEX (ČR), spol. s r.o. |
| 6 FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o. | 16 M.G.P. spol. s r.o. |
| 7 Berlin - Chemie a.s./A.Menarini
Česka republika s.r.o. | 17 SOLEN, s.r.o. |
| 8 Vip pharm Slovakia s.r.o. organizační složka CZ | 18 AstraZeneca Czech Republic s.r.o. |
| 9 DAHLHAUSEN CZ, spol. s r.o. | 19 S & D Pharma CZ, spol. s r.o. |
| 10 Bard Czech Republic s.r.o. | 20 ARROW International CR, a.s. |

BBINABIC

Bicalutamid 50 mg, 150 mg



Léčba klenotem

V časně adjuvantní léčbě pacientů s LPKP

- významně zlepšuje dobu do progresu onemocnění
- významně prodlouží celkové přežití pacientů

Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Binabic 150mg, potahované tablety, Binabic 50mg, potahované tablety.

Kvalitativní a kvantitativní složení přípravku: Jedna potahovaná tableta Binabic 150mg obsahuje bicalutamidum 150mg, jedna potahovaná tableta Binabic 50mg obsahuje bicalutamidum 50mg.

Pomocné látky: jedna tableta Binabic 150mg obsahuje 188,0mg monohydrátu laktózy, jedna tableta Binabic 50mg obsahuje 62,7mg monohydrátu laktózy. Úplný seznam pomocných látek viz SPC přípravku Binabic.

Farmakodynamické vlastnosti: ATC skupina: L02BB03. Bicalutamid je nesteroidní antiandrogen, který nemá žádnou další endokrinní aktivitu. Váže se na androgenní receptory, bez schopnosti aktivovat expresi genů, a tím inhibuje androgenní stimulaci. Výsledkem inhibice je regrese nádorů prostaty. Přerušení léčby bicalutamidem může u některých pacientů vést ke vzniku syndromu z vysazení antiandrogenu.

Farmakokinetické vlastnosti: Bicalutamid se po perorálním podání dobře vstřebává. Nebyl zjištěn žádný klinicky významný vliv potravy na biologickou dostupnost bicalutamidu. Dávkování bicalutamidu 150mg denně navodí ustálenou koncentraci zhruba po 1 měsíci léčby. Farmakokinetika není ovlivněna věkem, poškozením ledvin ani mírným či středně těžkým poškozením jater. Bylo prokázáno, že u pacientů s těžkým poškozením jater je vylučování z plasmy zpomaleno.

Terapeutické indikace: Přípravek Binabic 150mg je indikován buď jako samostatná léčba nebo jako adjuvantní léčba po radikální prostatektomii nebo primární radioterapii u pacientů s lokálně pokročilým karcinomem prostaty s vysokým rizikem progresu (viz bod 5.1). **Dávkování a způsob podání:** Dospělí muži včetně starších pacientů: jedna potahovaná tableta 150mg jednou denně. Tabletu lze užívat jak nalačno, tak s jídlem.

Přípravek Binabic by měl být bez přerušování užíván minimálně po dobu 2 let nebo do progresu onemocnění. **Kontraindikace:** Binabic 150mg je kontraindikován u žen, dětí a dospívajících, dále u pacientů se známou přecitlivělostí na léčivou látku nebo kteroukoli pomocnou látku v přípravku obsaženou. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Ve studiích in vitro bylo zjištěno, že D-izomer bicalutamidu působí především jako inhibitor CYP3A4, se slabším inhibičním účinkem na aktivitu izoenzymů CYP2C9, CYP2C19 a CYP2D6. Výsledky klinických studií ukázaly, že rozsah inhibice cytochromu P450 není klinicky významný. Nicméně je kontraindikováno podávání bicalutamidu současně s terfenadinem, astemizolem a cisapridem. Zvýšené opatrnosti je zapotřebí při současném podávání bicalutamidu s cyklosporinem anebo inhibitory kalciových kanálů. U pacientů, kteří již užívají kumarinová antikoagulantia, se doporučuje pečlivá kontrola hodnot protrombinového času. **Těhotenství a kojení:** Nelze hodnotit, neboť použití přípravku u žen není povoleno. **Předávkování:** Dosud nebyl hlášen žádný případ předávkování. Vzhledem k tomu, že bicalutamid patří k anilidovým sloučeninám, existuje teoretické riziko vzniku methemoglobinemie. Neexistuje žádné specifické antidotum. Je indikována celková podpurná léčba s častou kontrolou základních životních funkcí. **Velmi časté a časté nežádoucí účinky:** návaly horka, gynekomastie, snížení libida, poruchy erekce, impotence, průjem. Podrobné informace o NÚ viz. SPC přípravku. **Doba použitelnosti:** 30 měsíců. Držitel rozhodnutí o registraci: ONCOGENERIKA Sp. z o.o., 5/7 Krzywickiego Street, 02-078 Warsaw, Polsko. Datum první registrace/ prodloužení registrace: 17.12.2008. **Datum poslední revize textu:** 12.2008. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění.**

Krok kupředu v léčbě BPH



Duodart je určen k léčbě pacientů se středně těžkými až těžkými příznaky BPH a ke snížení rizika AUR a chirurgického výkonu.¹

Zkrácená informace pro předepisování

Název přípravku: Duodart 0,5 mg/0,4 mg tvrdé tobolky

Složení: Účinné látky dutasteridum 0,5 mg a tamsulosini hydrochloridum 0,4 mg, pomocné látky oranžová žlut (E110), dále viz. SPC. **Léková forma:** Tvrdá tobolka. **Indikace:** Terapie středně těžkých až těžkých příznaků benigní hyperplazie prostaty (BPH). Snížení rizika akutní retence moči a chirurgického výkonu u pacientů se středně těžkými až těžkými příznaky BPH. **Dávkování a způsob podání:** jedna tobolka (0,5 mg/0,4 mg) užívaná perorálně přibližně 30 minut po jídle každý den ve stejnou dobu. Tobolky se mají polykat celé a nemají se žvýkat ani otvírat. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na dutasterid, na jiné inhibitory 5-alfa-reduktázy, tamsulosin nebo kteroukoli pomocnou látku přípravku. Podání u žen, dětí a mladistvých. Pacienti s anamnézou ortostatické hypotenze. Těžká hepatální dysfunkce. **Zvláštní upozornění:** Duodart by měl být předepsán po pečlivém zvážení přínosu a rizika a v jejím průběhu nutné provádět vyšetření per rectum a další vyšetření na rakovinu prostaty a stavy, které mohou mít stejné příznaky jako BPH.

Vliv na PSA: Duodart způsobuje u pacientů s BPH pokles koncentrace PSA v séru po 6 měsících přibližně o 50 %, i v přítomnosti rakoviny prostaty. Proto pro interpretaci izolované hodnoty PSA u muže léčeného přípravkem Duodart po dobu šesti měsíců nebo déle je třeba hodnoty PSA vynásobit dvěma. Touto úpravou se zachová citlivost a specifita vyšetření na PSA a udrží se jeho schopnost detekovat rakovinu prostaty. Celkové koncentrace PSA v séru se do 6 měsíců po přerušení terapie přípravkem Duodart vracejí k výchozím hodnotám před začátkem terapie. Poměr volného k vázanému PSA zůstává konstantní i pod vlivem přípravku Duodart. K léčbě pacientů se závažnou poruchou renálních funkcí (clearance kreatininu < 10 ml/min) nebo s mírnou až středně těžkou hepatální dysfunkcí by se mělo přistupovat s opatrností. V průběhu léčby tamsulosinem se může objevit snížení krevního tlaku, vzácně i synkopa. V průběhu operace katarakty byl u některých pacientů současně nebo v minulosti léčených tamsulosinem pozorován syndrom plovoucí duhovky (IFIS). IFIS může vést ke zvýšením množství komplikací v průběhu chirurgického výkonu. Zahájení léčby přípravkem Duodart u pacientů plánovaných k operaci katarakty se proto nedoporučuje, dále viz. SPC. Dutasterid se vstřebává kůží, proto je nutno zabránit styku žen,

NOVÝ DUODART®
(dutasteridum 0,5 mg/tamsulosini hydrochloridum 0,4 mg, tvrdé tobolky)
Objevte rozdíl

děti a mladistvých s prosakujícími tobolkami. Duodart obsahuje oranžovou žlut (E 110), která může způsobovat alergické reakce. **Fertilita:** Dutasterid ovlivňuje vlastnosti spermatu. Možnost snížení mužské fertility nelze vyloučit. Jako ostatní inhibitory 5alfa-reduktázy, dutasterid inhibuje přeměnu testosteronu na dihydrotestosteron a je-li podán gravidní ženě s plodem mužského pohlaví, může inhibovat vývoj vnějšího mužského pohlavního ústrojí plodu. Je-li nebo může-li být pacientova sexuální partnerka těhotná, doporučuje se, aby pacient zabránil kontaktu své partnerky se spermatem tím, že bude používat kondom. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Duodart ženám je kontraindikováno. Není známo, zda se dutasterid nebo tamsulosin vylučují do lidského mléka. **Interakce:** Dlouhodobé souběžné podávání dutasteridu s léčiv, která jsou silnými inhibitory izoenzymu CYP3A4 (např. ritonavir, indinavir, nefazodon, itrakonazol, perorálně podávaný ketokonazol) může zvýšit sérové koncentrace dutasteridu. Při zvýšené expozici dutasteridu není větší inhibice 5alfa-reduktázy pravděpodobná. Zaznamenají-li se však nežádoucí účinky, má se zvážit snížení frekvence dávkování dutasteridu. Dutasterid neměl vliv na farmakokinetiku warfarinu ani digoxinu. Společné podávání tamsulosin-hydrochloridu s léky, které mohou snižovat krevní tlak, může vést k znásobení hypotenzních účinků. Při podávání dutasteridu/tamsulosinu v kombinaci s cimetidinem je nutná opatrnost, protože může vést ke snížení clearance a zvýšení AUC tamsulosinu. **Nežádoucí účinky:** Erektální dysfunkce, poruchy ejakulace, snížené libido, zvětšení a/nebo bolestivost prsů, citlivost bradavek, závratě. **Skladování:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline s.r.o., Praha, Česká republika. **Balení:** 7, 30, 90 tvrdých tobolek. **Registrační číslo:** 87/349/10-C. **Datum prvního prodloužení registrace:** 5. 5. 2010. **Datum poslední revize textu:** 5. 5. 2010. Lék je vázán na lékařský předpis a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v souhrnu informací o předepisování nebo se obraťte na zastoupení společnosti. Zkrácená informace je platná ke dni vydání materiálu 1. 10. 2010.

Reference: 1) SPC Duodart 2010

BPH = benign prostate hyperplasia = benigní hyperplazie prostaty
AUR = acute urinary retention = akutní retence moči



GlaxoSmithKline