

14. ročník

Moravského urologického sympozia

Suppl. A

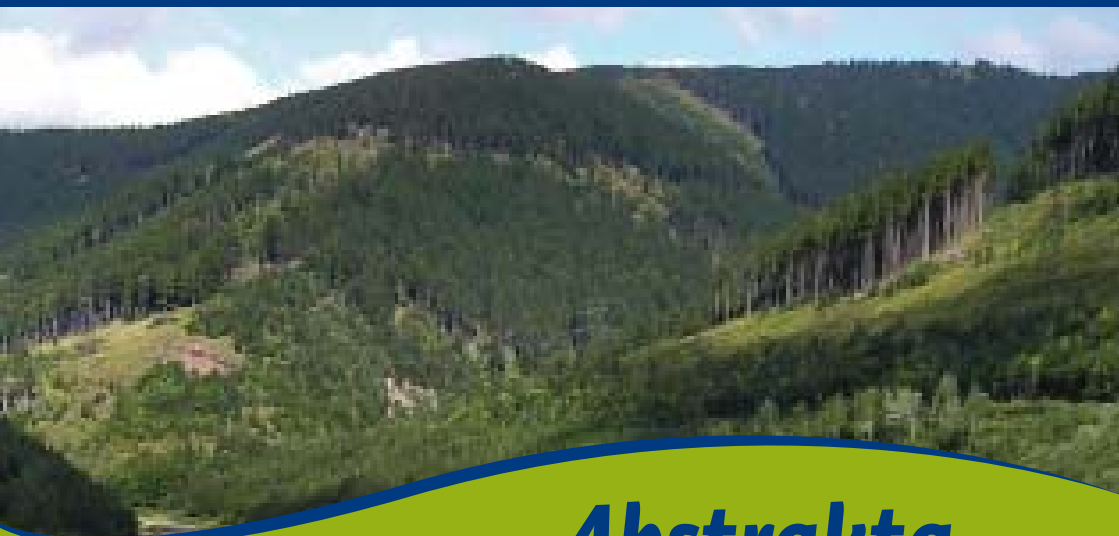
2012

ISBN 978-80-87327-86-9

Pořadatel: Urologická klinika FN OL a LF UP Olomouc,
Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové
ve spolupráci s LF UP a FN Olomouc
a občanským sdružením Muž 21. století, o.s.

22.–23. 3. 2012

Hotel Dlouhé Stráně, Loučná nad Desnou – Rejhotice



Abstrakta

14. ročník

Moravského urologického sympozia

22. – 23. 3. 2012 / Dlouhé Stráně



Pořadatel: Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Hlavní partner



GlaxoSmithKline



GROUP

HERBACOS RECORDATI

Partneři

Astellas Pharma s.r.o.

FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.

AUDIOSCAN, spol. s r.o.

HOSPIMED, spol. s r.o.

**Berlin-Chemie/A.Menarini
Česka republika s.r.o.**

Kimberly-Clark, s.r.o.

BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o.

MEDIAL spol. s r.o.

BTL zdravotnická technika, a.s.

NORDIC Pharma, s.r.o.

**Covidien ECE s.r.o.,
organizační složka**

**Olympus
Czech Group, s.r.o., člen koncernu**

Mediální partneři

**Urologie
pro praxi**

*Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast
na finančním zajištění konference*

Pořadatel

*Urologická klinika FN OL a LF UP Olomouc
Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové
ve spolupráci s LF UP a FN Olomouc
a občanským sdružením Muž 21. století, o.s.*

Záštit

*děkan LF UP Olomouc – prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.
rektor UP – prof. RNDr. Miroslav Mašláň, CSc.
ředitel FN Olomouc – doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.
děkan LF Hradec Králové –
prof. MUDr. RNDr. Miroslav Červinka, CSc.*

Prezidenti

*doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
MUDr. Miloš Broďák, Ph.D.*

Programový výbor

*MUDr. Miloš Broďák, Ph.D.
MUDr. Michal Grepl, Ph.D.
MUDr. Igor Hartmann
MUDr. Milan Král, Ph.D.
MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D.
Mgr. Nataša Sochorová
MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.
MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.*

Organizátor

*SOLEN, s. r. o.
Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc*

*Kontaktní osoba:
Mgr. Herta Šustková
585 209 207, 777 622 039, sustkova@solen.cz*

*Programové zajištění:
Zdeňka Bartáková
585 242 681, 777 557 416, bartakova@solen.cz*

MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM

Čtvrtek, 22. 3. 2012

Lékařská sekce

- 15.00** Slavnostní zahájení
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- 15.15–16.45** Zprávy z doktorandského studijního programu
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- Problematika diagnostiky renálního ložiska – MUDr. David Ondra (Uherské Hradiště)
 - Současné možnosti operační léčby pánevních prolapsů – MUDr. Miroslav Krhovský (Kyjov)
 - Laparoskopická adrenalectomie na Urologické klinice FN Olomouc – MUDr. Igor Hartmann (Olomouc)
 - Kvalita života po radikální prostatektomii – MUDr. Marek Broul, MUDr. Jan Schraml (Ústí nad Labem)
 - Závěrečné shrnutí doktorandské práce. Požadavky na ukončení doktorandského studia – MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D. (Olomouc)
 - Specializační vzdělávání v urologii, přelomové změny – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- 16.45–17.15** LUTSidně na LUTS u mužů
MUDr. Radovan Vrtal, Ph.D. (Olomouc)
- 17.15–17.30** Symposium firmy Herbacos Recordati, s.r.o.
- Silodosin – nová molekula v léčbě BPH – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- 17.30–17.45 PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM
- 17.45–18.45** Lokalizovaný karcinom prostaty
garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- Aktuální pohled na primární a sekundární prevenci karcinomu prostaty – prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc. (Praha)
 - Aktivní monitoring u karcinomu prostaty – MUDr. Milan Král, Ph.D. (Olomouc)
 - Radioterapie – MUDr. Michal Grepl, Ph.D. (Olomouc)
 - Moderní chirurgická léčba lokalizovaného karcinomu prostaty – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Michal Grepl, Ph.D. (Olomouc)

18.45–19.30 **Symposium firmy GSK, Moderní trendy v konzervativní léčbě BPH**
garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)

- Čtyřleté výsledky studie CombAT a moderní terapie BPH –
 MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D. (Olomouc)
- Kazuistiky pacientů s BPH – MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. (Hradec Králové)



Pátek, 23. 3. 2012

Lékařská a sesterská sekce

7.30–10.50 **Pracovní snídáně, kazuistiky rezidentů**
garanti prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc. (Praha), MUDr. Milan Král, Ph.D. (Olomouc)

- Unikátní cizí těleso v močovém měchýři – MUDr. Eva Poláčková,
 MUDr. Ivana Jakobovičová, MUDr. Oslvad Cerman (Břeclav)
- Nádorové onemocnění u pacienta sledovaného s mikrohematurií při nefrolitiáze –
 MUDr. František Hruška (Olomouc)
- Renální kolika jako primární manifestace karcinomu žaludku –
 MUDr. Andrea Onderková, MUDr. Roman Staněk (Opava)
- Perkutánní extrakce konkrementu z transplantované ledviny – MUDr. David Hradil,
 MUDr. Milan Král, Ph.D. (Olomouc)
- Expanze nejasné etiologie v oblasti retroperitonea – MUDr. Martin Kuhn (Kroměříž)
- Kontinentní heterotopická derivace moči u pacientů se závažnou dysfunkcí dolních
 močových cest a recidivujícími infekcemi močových cest. – MUDr. Slavomír Vachta,
 MUDr. Pavel Navrátil, MUDr. Michal Balík, MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. (Hradec Králové)
- Spontánní perforace ortotopické náhrady močového měchýře – MUDr. Katarína
 Slatinová, MUDr. Petr Vránek, MUDr. Jan Vašínský, MUDr. Martin Labovský (Znojmo)
- Fibroepiteliální tumor močového, vzácná příčina nepřesné diagnózy náhlé příhody
 břicha – MUDr. Jiří Špaček, MUDr. Ivo Novák, Ph.D., MUDr. Josef Košina,
 MUDr. Vladimír Giblo, MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. (Hradec Králové)
- Trombus renální a dolní duté žíly v souboru pacientů s karcinomem ledviny v období
 1997–2011 – MUDr. Ivana Jakobovičová, MUDr. Eva Poláčková,
 MUDr. Oslvad Cerman (Břeclav)
- Komplikovaná léčba pacientky s pokročilým světlobuněčným karcinomem ledviny –
 MUDr. Jiří Špaček, MUDr. Petr Hušek, MUDr. Pavel Navrátil, CSc.,
 MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. (Hradec Králové)
- Sekundární postižení ledvin karcinomem cervixu
 MUDr. Jan Pokorný, FEBU, doc. MUDr. Martina Kubecová, Ph.D.,
 doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D., MUDr. Petr Klézl (Praha)

- Nefrogenní adenom –
MUDr. Lubomír Janiš (Nový Jičín)
- Nezvyklé potíže s histologickým hodnocením pokročilého karcinomu prostaty –
MUDr. Barbora Látalová (Olomouc)
- Intravezikální protruze hem-o-lok klipů u dvou pacientů po radikální prostatektomii –
MUDr. David Ondra (Uherské Hradiště)
- Uroteliální karcinom prostatické uretry –
MUDr. Jiří Janů, MUDr. Tomáš Lakomý, MUDr. Pavel Svoboda (Nové Město na Moravě)
- Benigní tumory varlat – zachovný operační výkon –
MUDr. Pavel Kratochvíl (Olomouc)
- Masivní spontánní krvácení do skrota u nemocného s antikoagulační léčbou –
MUDr. Katarína Vícenová, doc. MUDr. Robert Grill Ph.D., MUDr. Petr Klézl,
doc. MUDr. František Zátura, Ph.D., MUDr. Zdeněk Otava, MUDr. Jan Pokorný, FEBU (Praha)
- Trombóza vena dorsalis penis (morbus Mondor) jako příčina akutních bolestí
genitálu – MUDr. Martin Kučera (Kyjov)
- Neobvyklá příčina mikroskopické hematurie a opakovaných infekcí močových cest –
MUDr. Jan Šarapatka, MUDr. Oldřich Šmakal, CSc., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,
MUDr. Martin Hrabec (Olomouc)
- Tekutinová kolekce v dutině břišní a překvapivá diagnóza –
MUDr. Peter Kuliaček, MUDr. Miroslava Králová, Ph.D., MUDr. Pavel Rejtar,
MUDr. Kateřina Lejhancová, Ph.D. (Hradec Králové)
- Hodnocení účinnosti analgetického efektu indometacinového čípku při transrektální
biopsii prostaty – MUDr. Šárka Kudláčková (Olomouc)
- Roboticky asistovaná resekce ledviny u morbidně obézního pacienta –
MUDr. Jiří Špaňhel (Olomouc)

Předání cen za tři nejlepší sdělení.

11.00–11.15 PŘESTÁVKA

11.15–12.00 OAB – diagnostika a léčba garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)

- Klasifikace OAB – MUDr. Martin Fabišovský (Ostrava)
- Moderní možnosti léčby OAB –
MUDr. Eva Burešová, MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)

12.00–12.30 Současná doporučení k intravezikální léčbě karcinomu močového měchýře MUDr. Milan Král, Ph.D. (Olomouc)

12.30–13.15**Nykturie****garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**

- Aktuální pohled na diagnostiku nykturie – MUDr. Martin Fabišovský (Ostrava)
- Medikamentózní léčba nykturie – MUDr. Eva Burešová,
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)

13.15–14.15

OBĚD

14.15–16.00**Take home message****doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**

Čtvrtek, 22. 3. 2012

Sesterská sekce

15.00–15.15**Slavnostní zahájení****doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)****15.15–17.00**

- Urologie od Egypta po současnost aneb Jak šel čas... –

Hana Juřenová, Radka Švábeníková (Olomouc)

- Stres – původce nemocí – Veronika Pálková, Lucia Šimalíková (Břeclav)

- Močový a pohlavní systém kontra plísň – jiný úhel pohledu – Marie Schindlerová,
Markéta Drnovská (Olomouc)

- Brusinky v urologii – Stanislava Hilšerová, Miroslava Šefčíková, MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.
(Olomouc)

- Aplikace extraanatomických stentů jako řešení subrenální obstrukce lokálně pokročilého
tumoru děložního čípku u mladé ženy – Marta Prokůpková, Iva Baumová (Ostrava)

- Zacvičte si s inkontinencí – MUDr. Soňa Hlavová (Žamberk)

- Hořčík – vliv na močový systém a jeho ochrana – Daniela Dopitová, Marie Schindlerová
(Olomouc)

- Fotodynamická diagnostika tumorů močového měchýře – Monika Čopfová,
Alena Diváková (Ostrava)

IP ▶ – interaktivní přednáška

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu
č. 16 ČLK ohodnocena 9 kredity pro lékaře a 8 kredity pro sestry.

Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

Supplementum A časopisu Urologie pro praxi

Citační zkratka: Urolog. pro Praxi 2012; 13(Suppl A)

ISBN 978-80-87327-86-9

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Doktorandský studijní program

garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

čtvrtek / 22. 3. 2012 / 15.15–16.45

Problematika diagnostiky renálního ložiska

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení, Uherskohradištská nemocnice a.s., Uherské Hradiště

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.

Práce uvádí přehled vyšetřovacích metod používaných k diagnostikování renálního ložiska, shrnuje současnou praxi dle doporučení EAU a AAU, aktuální stav poznání pomocí závěrů posledních metaanalýz a vyslovuje pracovní hypotézu, jak dále zpřesnit diagnostiku renálních lézí a odlišit ložiska intersticiální nefritidy od tumoru ledvin. Retrospektivně hodnotí soubor pacientů vyšetřených na našem pracovišti s CT nálezem renálního ložiska za poslední 4 roky s důrazem na malá ložiska nejasné etiologie.

Současné možnosti operační léčby pánevních prolapsů

MUDr. Miroslav Krhovský

Urologické oddělení, Nemocnice Kyjov

Rekonstrukční chirurgické výkony na ženském pánevním dnu zaznamenaly v posled-

ních 20 letech významné změny. Příčinou byl především závažný počet recidiv po klasických operacích. Po dobrých zkušenostech s využitím syntetických sítěk při operacích břišních kýl a stresové inkontinence (SI) začaly být síťkové implantáty používány i při operacích prolapsů orgánů pánevního dna (POP, angl. Pelvic Organ Prolapse). V současné době jsou korekce POP pomocí implantátů běžně užívanou technologií. Jejich zavedení do praxe snížilo výskyt anatomických recidiv, nelze však říci, že se jedná o operace neproblémové. POP je komplikovaná kýla a po léčbě je třeba hodnotit nejen anatomický efekt, nýbrž i efekt funkční. Cílem tohoto je provést racionální rozbor jednotlivých operačních postupů používaných při rekonstrukcích POP a pokusit se naznačit očekávatelný vývoj v této problematice. Předkládané názory jsou podloženy vlastními praktickými zkušenostmi.

Laparoskopická adrenalectomie na Urologické klinice FN Olomouc 1998–2012

MUDr. Igor Hartmann

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Laproskopická 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 1998–2012.

Výsledky: LA byla provedena ve 235 případech. Každý pacient prodělal předoperačně endokrinologické a radiologické vyšetření. Od roku 2007 je rutinně 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 4,7 cm (1,5–12 cm). Parciální adrenalectomie byla provedena v 8 případech. Průměrný operační čas byl 56 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. 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.

Kvalita života po radikální prostatektomii

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 2008–2011 před biopsií prostaty, před roboticky asistovanou radikální prostatektomií (dVP) a po dVP v několika časových odstupech.

Metoda: Dotazníkovou metodou (International Index of Erectile Function – IIEF 5) jsme získali data od pacientů, kteří byli pro podezření na karcinom prostaty indikováni k biopsii prostaty. První vyplnění dotazníku IIEF jsme požadovali od pacientů v den indikace biopsie prostaty. Dále tyto pacienti vyplňovali dotazník před biopsií prostaty a poté v den přijetí do nemocnice před dVP. Následně pacienty 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 2011 provedli celkem 2 231 biopsií prostat. 441 z nich bylo pozitivních. Od 22. 8. 2008 (1. dVP na našem pracovišti) do 31. 12. 2011 jsme provedli celkem 514 roboticky asistovaných radikálních prostatektomií. Vzhledem k věkové různorodosti našeho souboru (nejmladší 43 let a nejstarší 85 let) a výskytu erektilní dysfunkce u starších mužů i v jinak zdravé populaci jsme v naší práci hodnotili pacienty mladší 63 let.

Závěr: Na našem pracovišti se snažíme dlouhodobě sledovat kvalitu života po dVP. Jednou z hodnocených komplikací dVP je i erektilní dysfunkce. Vzhledem k většímu výskytu erektilní dysfunkce u starších mužů i v jinak zdravé populaci, omezujeme sledování ED pouze na pacienty mladší 63 let.

Závěrečné shrnutí doktorandské práce. Požadavky na ukončení doktorandského studia

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Onemocnění prostaty jsou problémem stárnoucí mužské populace. Benigní hyperplazie prostaty (BHP) a chronická prostatitida (ChP), dvě z nejčastějších nezhoubných onemocnění postihující muže starší 40 let, jsou spojené se symptomy dolních močových cest (Low Urinary Tract Symptoms – LUTS) a snižují kvalitu života mnoha mužů. Karcinom prostaty (KP) je druhou nejčastější příčinou úmrtí mužů na onkologickou diagnózu a celkově pátým nádorovým onemocněním. Standardní léčba onemocnění prostaty má široké možnosti, ale je často spojena s vedlejšími nežádoucími účinky. V oblasti prevence vzniku i příznivého vlivu na průběh onemocnění prostaty při minimálních nežádoucích účincích je stále větší pozornost věnována nutraceutikům.

Z používaných nutraceutik má příznivý vliv na prostatu selen, vitaminy E a D, fytoosteroly, isoflavonoidy a komplexní extrakty některých léčivých rostlin. Přestože řada otázek o účelnosti užívání přírodních látek při onemocnění prostaty zůstává stále nezodpovězena, lze některé z nich považovat za vhodný doplněk k používaným léčivům.

Doktorandská práce byla zaměřena na ověření účinku kombinace silymarinu a selenu (SM-Se) a lyofilizovaného plodu klikvy velkoplodé (*Vaccinium macrocarpon*) na onemocnění prostaty. Vliv kombinace silymarin-selen na prostatu byl studován u dosud urologicky nevyšetřených a neléčených mužů (studie I) a u pacientů po radikální prostatektomii (studie II). Účinky lyofilizovaného plodu klikvy velkoplodé byly testovány u mužů s LUTS, zvýšeným prostatickým specifickým antigenem (PSA), negativní biopsií

prostaty a histologicky prokázanou chronickou nebakteriální prostatitidou (studie III).

Studie I prokázala, že kombinace SM-Se příznivě ovlivňuje hladinu PSA, zlepšuje uroflowmetrické parametry močení a subjektivní vnímání močení, snižuje reziduum po vymočení. Ve studii II byl prokázán pozitivní efekt na lipidový metabolismus. U účastníků obou studií došlo ke zvýšení plazmatické hladiny selenu. Ve studii III bylo prokázáno zlepšení uroflowmetrických parametrů močení, snížení rezidua po vymočení i zlepšení subjektivního vnímání močení (IPSS, QoL), došlo k poklesu PSA a zvýšení poměru celkového k volnému PSA. Výsledky ukázaly, že dietní intervence zvolenými nutraceutiky měla pro muže s onemocněním prostaty pozitivní přínos při minimálních nežádoucích účincích.

V závěru přednášky je uveden přehled současných požadavků na úspěšné dokončení doktorandské studie.

Specializační vzdělávání v urologii, přelomové změny

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Na základě veřejnoprávní smlouvy mezi univerzitami a Ministerstvem zdravotnictví ČR ze dne 27. 9. 2011 byla organizace atestačních zkoušek převedena z IPVZ na univerzity, resp. lékařské fakulty k 1. 1. 2012. Organizace atestačních zkoušek se řídí podle vyhlášky č. 188/2009 Sb., o atestační zkoušce, aprobační zkoušce a závěrečné zkoušce certifikovaného kurzu a o postupu ověření znalosti českého jazyka pohovorem lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a dále ustanoveními uvedenými v Příloze I. k veřejnoprávní smlouvě.

V přednášce je shrnuty podmínky pro vykonání atestační zkoušky (přihláška a její posouzení, termíny), průběh hodnocení, pří-

padné odložení či zrušení zkoušky, úhrady a dokumentace ke zkoušce, složení atestační komise.

LUTSidně na LUTS u mužů

čtvrtek / 22. 3. 2012 / 16.45–17.15

LUTSidně na LUTS u mužů

MUDr. Radovan Vrtal, Ph.D.

Urologická ordinace, s.r.o., Olomouc

Symptomy dolních močových cest bezprostředně souvisejí jak s činností močového měchýře, tak i prostaty. Z hlediska strategie léčby a hlavně zvolení správného léčebného algoritmu je nezbytně nutná kvalitní diagnostika LUTS. V současnosti se již našťěstí zcela opustila myšlenka, že „za všechno může u mužů prostata“. Při prevalenci skladovacích symptomů, tj. příznaků, jež se označují slovem OAB (hyperaktivní měchýř), je na místě zahájit léčbu cíleně zaměřenou na močový měchýř. Pacienty s projevy převažujících obstrukčních symptomů je vhodné léčit cíleně za účelem zmírnění stupně subvezikální obstrukce, přičemž však většina pacientů trpí kombinovanými symptomy (tj. mikčními, skladovacími a ev. i postmikčními). Zde je nutno uvážit, zda zvolit monoterapii či již kombinovanou léčbu. U pacientů se subvezikální obstrukcí a projevy OAB je vhodné včas zahájit kombinovanou léčbu. V současnosti je již jasné a potvrzené na výsledcích mnoha kvalitních, prospektivních, placebo kontrolovaných studií, že lze úspěšně minimalizovat riziko akutních retencí moči při zlepšení mikčního proudu pacientů a zlepšení QOL skóre. Monitoring pacientů s LUTS se přitom opírá o nein-

vazivní, vcelku bazální urologická vyšetření, jako je uroflowmetrie, zhodnocení moči a postmikčního RV sonograficky. Ke kvantifikaci obtíží je vhodné užít LUTS a IPSS dotazníků. U mladších pacientů s pozitivní vta sexualis doplněnými i o IIEF dotazník. Jen nepatrná část pacientů je v současnosti léčena operačně. TURP je nicméně u těchto pacientů nadále považována za zlatý standard.

Úvod: V minulosti byly problémy mužů spojené s dolními močovými cestami přímo spojovány s BPH (benigní prostatická hyperplazie). Jde přitom pouze o histologickou diagnózu. Postupně se profilovaly další nozologické jednotky: BPE (benigní zvětšená prostata) a BPO (obstrukce způsobená prostatou). LUTS je tedy jakýsi zastřešující pojem či označení pro tzv. BPH symptomy (evakuační a postmikční), OAB symptomy (poruchy skladovací funkce měchýře) a nykturii, jež je považována za zvláštní symptom se svou kauzální léčbou. Prevalence LUTS u mužů se pohybuje kolem 60–65 % (1).

Jak tedy postupovat u pacienta s LUTS?

Je potřeba vyhodnotit přesně anamnestická data. Za zcela zásadní považují kvalitní sběr anamnestických informací o případných komorbiditách a užívané medikaci.

Co je nutné očekávat, pokud pacient udává frekventní mikci?

Definici frekvence je mikce častější, než je obvyklé a normální. Většina lidí močí 6–8x během 24 hodin. Většina velkých studií udává jako horní limit 8 mikčních porcí/24 hodin.

Nicméně je jasné, že předtím než začneme uvažovat o léčbě, je nutné vyhodnotit příčinu frekventní mikce. Jako první krok, jenž bude verifikovat pacientovu frekvenci, je nutno získat podrobnější obraz o mikčních zvyklostech pacienta. Optimálním nástrojem sloužícím ke kvantifikaci LUTS jsou mikční karta a valorizované dotazníky. Většinou velmi přesně napoví, jaké symptomy budou u pacienta ty tzv. „hlavní, kvůli kterým za lékařem přišel a které by rád taky řešil.“

Je jasné, že v každodenní praxi je užívání dotazníků poměrně zdlouhavý a složitý proces a jeví se tedy jako nepraktické. Při prvním kontaktu s pacientem je potřeba cílenými dotazy zjistit alespoň orientačně, kolikrát chodí močit během dne a během noci a jak velké jsou orientačně mikční porce. Dále by měl pacient specifikovat důvod, proč chodí často močit. Zda je tedy důvodem časté mikce silné, neodkladné nucení, běžná urgence, strach z pomočení, strach z bolesti či již nastupující bolest nebo „jen“ tzv. nespavost. Dále jsou-li přítomny i další skladovací či evakuační symptomy.

Mikční deníky podávají informaci ohledně funkční kapacity měchýře a mikčních zvyklostí (např. kdy pacient během dne močí), aktuálního počtu mikčních epizod (pacient často nadhodnocuje počet mikcí) a zároveň představují i vodítko ve stratifikaci nočních mikcí (noční polyurie atd.). Mikční deník tedy dokáže velmi přesně doplnit anamnestická data. Jsme schopni sta-

novit bilanci tekutin a odlišit polyurii. U těchto pacientů je nezbytné vždy i podrobné fyzikální vyšetření, včetně rozšířených vyšetření ke stanovení etiologie polyurie (kardiální insuficience, endokrinní abnormality atd.)

Pro všechny pacienty s LUTS – OAB symptomatologií je tedy doporučeno následující iniciační vyšetření 1. linie:

- anamnéza (urologická, neurologická a farmakologická)
- fyzikální vyšetření
- vyšetření močového sedimentu
- mikční karta, deníky, dotazníky
- vyloučení postmikčního rezidua (USG)
- UFM

Provedení plnicí a mikční cystometrie (PQ) není z hlediska prokázání hyperaktivity močového měchýře nezbytné nutné. Již výše uvedená vyšetření jsou postačující k zahájení cílené léčby. Navíc ani nález mimovolných kontrakcí není zcela spolehlivý a typický jen pro nemocné pacienty s OAB symptomatologií. Dle studie Hashim, a kol. byly prokázány mimovolné kontrakce detruzoru až u 59% pacientů (ek) se symptomy OAB (2). 82% mužů s OAB má zároveň i urodynamicky verifikované známky hyperaktivity detruzoru. Naproti tomu 58% žen s OAB symptomy nemělo během PCM urodynamické známky mimovolných detruzorových kontrakcí.

Jaké je vhodné používat dotazníky?

Je potřeba zásadně používat validizované dotazníky, jenž jsou standardizované a obecně užívané pro kvantifikaci LUTS v češtině: ICIQ–MLUTS, ICIQ–LUTSqol (www.iciq.com).

Jak postupovat u pacienta kterého obtěžují hlavně mikční a postmikční symptomy?

V rámci vyšetření 1. linie platí i zde výše uvedená doporučení. Dlouhou dobu se považovalo za nezbytnou metodu při stanovení diagnózy BOO urodynamické vyšetření (PQ studie). BOO trpí 48–53 % mužů s LUTS (3), nicméně je relativně velmi řídká u mladých mužů pod 50 let věku. Diagnóza subvezikální obstrukce je urodynamicky definována dle pdetQmax parametrů na typ HPLF (vysoký mikční tlak a nízký průtok) a NPLF (normální mikční tlak a nízký průtok). Nevýhodou je semiinvasivita a časová náročnost výše uvedeného vyšetření. Většinou se lze spokojit s provedením UFM + postmikčního RV. Senzitivita BOO u Q max méně jak 15 ml/s při V void 150 ml je 65 %. Při Q max pod 10 ml/s pak dokonce 90 %. Navíc postmikční RV větší jak 50 ml má senzitivitu BOO 87,5 %, přičemž specifita je 35 % (4). PQ studie je tedy doporučena až jako rozšířené vyšetření 2. linie.

Léčba LUTS u mužů

Je potřeba si uvědomit, že historická role alfablokátorů jako „všeléku“ na muže s jakýmkoliv symptomy dolních močových cest je pryč. Zvláště u pacientů s převažujícími projevy skladovacích potíží (OAB) je úspěšnost jen 35 %. Zvláště léčba mužů s OAB bez BOO při benigním zvětšení prostaty není často volena správně. Dle studie autorů Chapple, a kol. je u této skupiny pacientů 22 % léčeno léky na BPH, 11 % anticholinergikem či antimuskarinikem a 6 % je léčeno kombinací léků na BPH + OAB (5). Častým argumentem, proč tomu tak je, je většinou neznalost či obava z akutní močové retence. I když může dojít k mírnému

nárůstu postmikčního RV, riziko akutní retence moči je minimální a blíží se účinku placeba (6).

Doporučení:

- pacienti s BOO/BPH by měli být léčeni jako BPH
- pacienti s OAB by měli být léčeni anticholinergiky
- u pacientů s BOO/BPH + OAB je nejúčinnější kombinovaná terapie

Závěr: Symptomatologie LUTS u mužů je částečně odlišná od převládajících symptomů u žen, a to hlavně v důsledku větší incidence subvezikální obstrukce, která je u ženy vzácná. Nejvíce se vyskytují jímací, tj. skladovací obtíže (OAB), a to ve stejné míře u mužů i u žen. Čeští urologové však zatím očekávají ze 75 % ženského pacienta. Pro zahájení správné léčby je vždy potřeba rozlišit a roztrdit pacienty do skupin: BOO/BPH + OAB, pacienty s OAB bez BOO/BPH a pacienty s BOO/BPH + OAB, kterých je většina.

Literatura

1. Irwin DE, et al. Eur Urol. 2006; 50: 1306–1315.
2. Hashim H, et al. J. Urol. 2006; 175(1): 191–194.
3. Knutson T, et al. BHP with coexisting OAB dysfunction – an every day urologic dilemma. Neurourol Urodyn. 2001; 20(3): 237–247.
4. Krane R, van Mastrigt R. Urology, 2003; 62: 667.
5. Chapple CH, Roehrborn CG. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in men focused on the bladder. Eur. Urol 2006; 49(4): 651–658.
6. Abrams P, et al. Safety and tolerability of Tolterodine for the treatment of overactive bladder in men with bladder outlet obstruction. J. Urol 2006; 175(3), 999–1004.

Symposium firmy Herbacos Recordati s.r.o.

čtvrtek / 22. 3. 2012 / 17.15–17.30

Silodosin – nová molekula v léčbě BPH

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Ačkoliv BPH není život ohrožující onemocnění, přesto BPH spojená se symptomy dolních močových cest (LUTS) snižuje významně kvalitu života postižených mužů. Muži s LUTS symptomy často uvádějí interferenci se svými běžnými aktivitami, tzn. restrikce příjmu tekutin, vyhýbání se míst, kde nejsou k dispozici toalety, rovněž jsou u nich vyšší obavy, zda způsobené potíže nemají původ v karcinomu prostaty.

Dle guidelines představují α -blokátory léčbu volby u mužů, kteří mají střední až závažné potíže s LUTS. V současné době máme řadu alfa blokátorů.

Často je zmiňována jejich selektivita. Jaká je selektivita u nové molekuly Silodosinu?

Kardiotoxicity přípravku je limitující pro jeho klinické využití. Silodosin neovlivňuje tepovou frekvenci, ani jiné parametry EKG včetně QRS komplexu.

Ve studiích kombinovaná léčba silodosinu s PDE5 inhibitory rovněž neovlivňuje významně kardiovaskulární parametry.

Silodosin – shrnutí

Silodosin má 600- a 57-krát vyšší selektivitu k α 1a- vs α 1b- a α 1d-subtypům adrenoceptorů a má relevantní tkáňovou a funkční selektivitu, které jsou demonstrovány klinickou uroselektivitou.

Silodosin neinterakuje se sildenafilem a tadalafillem s ohledem na kardiovaskulární parametry.

V placebem kontrolovaných studiích má silodosin rychlý nástup a dlouhotrvající účinnost srovnatelnou s tamsulosinem při redukci symptomů LUTS a BPH.

-
- Vysoká receptorová selektivita
Mnohem vyšší afinita k α 1A receptoru než k α 1D nebo α 1B receptorům
 - Vysoká tkáňová selektivita
Silodosin má ~200 krát vyšší selektivitu k prostatické tkáni, oproti cévní tkáni
 - Klinická selektivita
Rychlá a trvalá redukce BPH symptomů s nízkým výskytem ortostatických nežádoucích účinků
-

Lokalizovaný karcinom prostaty

garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

čtvrtek / 22. 3. 2012 / 17.45–18.45

Aktuální pohled na primární a sekundární prevenci karcinomu prostaty

prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Při trvalé neexistenci systémové terapie karcinomu prostaty (KP) je vyléčení možné některou z ablačních technik (radikální prostatektomie, léčba zářením, kryoterapie) pouze u lokalizovaného KP. Neschopnost přesného určení rozsahu KP (mikrometastázy?) vede zhruba k třetinovému selhání primární léčby lokalizovaného KP. Přes diagnostický pokrok se i dnes u 10–15 % KP odhalí pokročilé onemocnění. Za těchto okolností lze léčebné výsledky zlepšit (snížit mortalitu) přes primární prevenci, skríníng (sekundární prevenci) a prevenci recidivy. V nedávné době byly zveřejněny výsledky několika velkých EBM studií, věnovaných této problematice (PCPT – finasterid, REDUCE – dutasterid a skríníngové studie: Tyrolská, Norrkoepingová, Quebecká, Stockholmská, PLCO, ERSPC). Proti očekávání neprokázaly jednoznačný přínos prevence KP. Primární prevence inhibitory 5 α reduktázy sice vedla k poklesu incidence o 25 % (PCPT) a o 23 % (REDUCE), přesto není zatím akceptována doporučenými postupy. Výsledky dvou hlavních skríníngových, randomizovaných a kontrolovaných studií (PLCO a ERSPC) skončily protichůdně (žádné versus 20 % ↓ mortality). Největším negativem skríníngu je, vedle

vysokých nákladů, až 50% odhalení indolentních KP. Hlavní národní a mezinárodní urologické/onkologické instituce plošný skríníng KP nedoporučují. Časná diagnostika (oportunní skríníng) KP je doporučována u nerizikových, dobře informovaných mužů jen při očekávaném přežití nemocného více než 10 let a s frekvencí PSA testu á 1–4 roky.

Aktivní monitoring u karcinomu prostaty

MUDr. Král Milan, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Aktivní monitoring (active surveillance, AS) je možností přístupu pacienta a lékaře k nově diagnostikovanému onemocnění karcinomem prostaty. Podmínkou je přítomnost insignifikantního karcinomu prostaty, tj. nízké PSA a máloobjemové postižení prostaty karcinomem. Inkluzními kritérii jsou maximálně dva pozitivní vzorky v multiplikované biopsii prostaty (postižení každého vzorku z méně než 50 % objemu), Gleason grade nižší než 3+3, PSA $\leq$ 10 ng/ml a PSA denzita $\leq$ 0,2 a stadium karcinomu T1c (dle některých protokolů i T2). Naprosto nezbytná je úzká kooperace urologa a pacienta. Principem aktivního monitoringu je sledování dynamiky PSA, průběžné rektální vyšetření a pravidelné provádění biopsií prostaty za účelem odhalení případného agresivního karcinomu (Gleason skóre 3+4 a vyšší), který vyžaduje časnou a radikální intervenci. Smyslem aktivního

monitoringu je oddálení možných nežádoucích účinků souvisejících s radikální léčbou karcinomu prostaty (radikální prostatektomie, radioterapie) vzhledem ke známému přirozenému vývoji níže rizikového karcinomu prostaty. Vlastní léčba je zahájena v okamžiku průkazu níže diferencovaného karcinomu v rebiopsii (up-grading), při lokální progresi karcinomu (up-staging), krátkém PSA DT nebo při změně osobních preferencí a náhledu pacienta na další přístup k onemocnění. Vzhledem ke srovnatelným pooperačním výsledkům u pacientů indikovaných k okamžité radikální léčbě a pacientů přestoupivších z aktivního monitoringu (srovnatelné zastoupení stadií pT3, pT4 či biochemických selhání po ukončení léčby) se nabízí AS jako rovnocenná alternativa k radikální prostatektomii či radioterapii u důsledně vybraných a dobře informovaných pacientů.

Radioterapie

MUDr. Michal Grepl, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Nejčastější modalitou léčby lokalizovaného karcinomu prostaty je radikální prostatektomie a terapie zevním ozářením (radioterapie), v některých oblastech pak i brachyterapie. Podle doporučení National Institutes of Health radioterapie dosahuje přinejmenším stejných onkologických výsledků jako chirurgická léčba, a to s přijatelným procentem komplikací. V současné době neexistují randomizované studie, které by tyto léčebné modalitty porovnávaly, i když se řada retrospektivních prací snaží definovat skupiny pacientů, které by profitovaly z té které varianty léčby. Problémem studií je nejen biologická povaha karcinomu prostaty, kdy pacienti

s lokalizovaným nádorem přežívají dlouhou dobu při jakémkoli způsobu léčby, ale i neustále se zdokonalující léčené a technické možnosti jak v chirurgické oblasti, tak v radioterapii.

Na počátku třetího tisíciletí je zlatým standardem zevního ozáření třidimenzionální konformní radioterapie (3D-CRT) a její optimalizovaná forma – radioterapie s modulovanou intenzitou (IMRT). Řada studií potvrdila, že léčebné výsledky se zlepšují s narůstající dávkou ozáření. Ve snaze zvýšit dávku a minimalizovat nežádoucí účinky jsou dále testovány další typy záření, které nejvíce působí na konci dráhy letu jejich částic (protonové záření a záření uhlíkovými ionty).

Vzhledem k nedostatku přesvědčivých dat dochází k rozdílným doporučením jak ze strany urologů, tak radičních onkologů. Proto by každý pacient měl obdržet informace o všech dostupných způsobech léčby a rozhodnutí o léčebné modalitě by mělo respektovat prognostické faktory, komorbiditu, potenciální nežádoucí účinky léčby a jejich dopad na kvalitu života pacienta.

Moderní chirurgická léčba lokalizovaného karcinomu prostaty

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,

MUDr. Michal Grepl, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Radikální retropubická prostatektomie (RRP) je nejběžnější metoda léčby lokalizovaného karcinomu prostaty. Přestože RRP je považována za standard, obavy spojené s nežádoucími účinky vyústily v hledání alternativ i přes pokroky operační techniky zavedené prof. Walshem.

Laparoskopická prostatektomie se objevila jako životaschopná miniinvazivní metoda, ale

pro značné požadavky na nácvik a pro svou náročnost v USA nebyla přijata.

Proti laparoskopii přináší robotický systém kromě obvyklých výhod miniinvasivní metody také 3dimenzionální vizualizaci, možnost práce zápěstím, přesné prstem ovládané pohyby a také velmi pohodlnou a ergonomickou pozici pro chirurga. Práce s tímto systémem je intuitivní a doba "learning curve" proti laparoskopii daleko kratší. Na našem pracovišti byl robotický systém DaVinci pořízen v srpnu roku 2009 a už tento rok bylo provedeno 32 asistovaných radikálních prostatektomií (RALP), v roce 2010 pak 155 a v roce 2011 180 prostatektomií. Do té doby byla u nás zažita radikální retropubická prostatektomie a i po zavedení systému je prováděno 25–30 % operací otevřeně, neboť ne všechny zdravotní pojišťovny hraadí svým klientům tuto náročnou operaci.

Cílem sdělení je prospektivně sledovaná data srovnat chirurgické, onkologické a funkční výsledky RALP a RRP. Výhodou práce je skutečnost, že operace jsou prováděny jedním týmem v jedné instituci a ve srovnatelném referenčním období.

Pacienti a metody: Studie srovnává výsledky posledních 200 pacientů s provedenou RRP a 200 s provedenou RALP pro klinicky lokalizovaný karcinom prostaty. Chirurgická léčba byla provedena mezi rokem 2009 a 2011.

RRP byla prováděna dvěma urology. Tito operatéři byli zároveň zaškoleni v použití DaVinci robotického systému.

Základní data byla sbírána do předem připraveného formuláře. Hodnoceny byly tyto proměnné: věk, BMI, kompletní osobní anamnéza, předoperační onkologické parametry (PSA, per rektum, Gleason skóre), datum a délka operace, odhadovaná krevní ztráta, počet transfúzí, délka pobytu na JIP,

spotřeba opiátových analgetik pooperačně, délka ponechání katétru, peroperační a časné pooperační komplikace (klasifikace dle Claviena), pooperační onkologické parametry pT, pN, chirurgické okraje, pooperační PSA, pooperační komplikace ve smyslu striktur anastomózy, potřeba adjuvantní terapie, kontinence a erektilní funkce.

Po výkonu byli pacienti sledováni klinicky a laboratorně (PSA) v 3měsíčních intervalech. Jako biochemická recidiva bylo považováno víc jako dvě po sobě hladiny PSA víc jak 0,2 ng/ml (Guidelines EAU 2011).

Při kontrolách byli pacienti dotazováni na sexuální funkci, schopnost dosáhnout erekce, aktuální pohlavní styk (během 4 týdnů), užití sildenafilu, počet vložek na močovou inkontinenci.

Kontinence byla definována jako užití vložek jen tak pro jistotu nebo zcela bez potřeby nosit vložku.

Výsledky: Kohortova studie zahrnovala posledních 200 provedených RRP a posledních 200 provedených RALP. Demografické proměnné pacientů jsou zhodnoceny v tabulce (viz prezentace). Skupiny byly srovnatelné ve věku, BMI, PSA, objemu prostaty, klinického stadia, Gleason skóre.

Průměrná operační doba byla stejná u RRP 90 min. a 90 min. u RALP. Odhadovaná krevní ztráta se lišila signifikantně medián 700 ml u PPR a 250 ml u RoRP ($P < 0,001$). Potřeba krevní transfuze byla vyšší u RRP skupiny (67% vs. 0%, P pod 0,001), peroperačně potřeba krevní transfuze u 11 % RRP.

Gleason skóre a patologické stadium byly srovnávány mezi těmi dvěmi skupinami. Ve stadiu T2 13 % pacientů z RALP a 16 % pacientů RRP mělo pozitivní chirurgické okraje.

V obou skupinách nedošlo k žádnému úmrtí pacienta. Celkově bylo více komplikací ve skupině pacientů, kteří podstoupili RRP (13 % vs 8 %).

Výsledky týkající se močové kontinence jsou rovněž zajímavé, pacienti dosáhli kontinence mnohem rychleji po RALP než po RRP a u 50 % došlo k návratu kontinence za 160 resp. 44 dní (P pod 0,05).

Za pomoci podobných dotazníků byla hodnocena i sex. funkce.

Rozbor byl limitován na pacienty, kteří v dotazníku před operací hodnotili svoji erekci a uspokojení z pohlavního styku jako normální a na ty, kteří měli nervy šetřící operaci. Předoperační sex. funkce byly porovnány se základním seznamem hodnotící sexuální funkce u mužů.

Diskuze: Přestože studie není randomizovaná, je dobře designovaná na srovnání obou metod, protože je řízena jedním centrem s prospektivním sbíráním dat a operace jsou prováděny jedním týmem.

Výsledky naší studie jasně ukazují, že RALP v našich rukou je bezpečnější a efektivní metoda než RRP u lokalizovaného karcinomu prostaty se srovnatelnými onkologickými výsledky.

Další z hlavních předností RALP je kratší doba hospitalizace, kratší doba katetrizace, menší bolestivost pacientů, minimální krevní ztrátou, vyšší pooperační hladinou hemoglobinu a rychlejším nástupem kontinence a obnovou sexuálních funkcí.

Jsmo mimořádně potěšeni dřívější obnovou funkčních výsledků, což ukazuje, že se pacienti po VIP mnohem rychleji zotavují, stejně jak je tomu u dřívějšího nástupu kontinence a obnovou erekce. Tyto časné funkční výsledky mohou být připsány lepší vizualizaci operačního pole, anatomickými poměry, redukcí krevní ztráty a za pomoci robotického systému lepší anatomické přehlednosti.

Symposium firmy GlaxoSmithKline Moderní trendy v konzervativní léčbě BPH

garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

čtvrtek / 22. 3. 2012 / 18.45–19.30

Čtyřleté výsledky studie CombAT a moderní terapie BPH

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

V posledních letech je možné sledovat zvýšení významu farmakologické léčby BPH oproti léčbě chirurgické. K farmakologické léčbě první volby patří α -blokátory (antagonisté α -adrenoreceptorů) a inhibitory 5- α -reduktázy.

Při monoterapii jsou nejčastěji používanými léky α -blokátory s rychlým nástupem účinku. U 5ARi úlevu od potíží můžeme očekávat za 6 měsíců od zahájení terapie, ale na druhou stranu u 5ARi byl prokázán vliv na progresi benigní hyperplazie prostaty (zmenšení velikosti prostaty, snížení rizika retence moči, potřeby operačního řešení). Výsledky studií z poslední doby ukazují, že největší benefit pro pacienty poskytuje kombinovaná léčba (α -blokátory s rychlou úlevou od

potíží a 5ARI dlouhodobé snížení rizika progresu BPH). Například dle výsledků studie CombAT bylo u kombinace dutasteridu s tamsulosinem prokázáno signifikantní zlepšení potíží vzhledem k monoterapii a také signifikantní snížení rizika akutní retence i operační léčby spojené s BPH. Tuto kombinační léčbu doporučují evropské i americké guidelines jako první linii léčby u mužů se středně závažnými symptomy, objemem prostaty ≥ 30 ml a PSA $\geq 1,5$ ng/ml.

Kazuistiky pacientů s BHP

MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Urologická klinika FN a LFUK

Hradec Králové

Úvod: Benigní hyperplazie prostaty (BHP) je časté onemocnění mužů ve vyšším věku. Hlavním problémem pacientů jsou potíže s močením, a proto je BHP v současné době řazena mezi syndromy z dolních močových cest (LUTS). Základem nechirurgické léčby je farmakoterapie, a to zejména alfa-blokátory, blokátory 5 alfa reduktázy nebo jejich kombinace. Zejména kombinační léčba je vysoce

účinná, vede k podstatnému snížení nepříjemných symptomů a výrazně snižuje riziko akutní močové retence. Nutnost podstoupit operační výkon se také při dlouhodobém podávání kombinované léčby snižuje.

Kazuistiky: Jsou prezentováni 4 pacienti. První pacient má střední obtíže, bylo u něho provedeno standardní vyšetření a bude diskutována optimální léčba. Druhý pacient je s výraznějšími obtížemi a také s komorbiditami. Také u něho bude interaktivně probrána optimální léčba. Třetí pacient má opět řadu konkomitálních nemocí a výrazné obtíže. Bude možnost vyjádřit se k možnostem konzervativní nebo operační léčby. Poslední pacient je nejkomplicovanější a také je připravena interaktivní diskuze k hledání optimální léčby.

Závěr: Farmakologická léčba je v současné době vysoce účinná a bezpečná. Je třeba vždy vážit, jaká forma bude pro pacienta optimální. Je nutné zvažovat přesnou indikaci, riziko vedlejších účinků a také cenu této léčby. V indikovaných případech se ukazuje jako optimální kombinovaná léčba alfa-blokátory a blokátory 5 alfa reduktázy.

Pracovní snídaně / kazuistiky rezidentů

garanti prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., MUDr. Milan Král, Ph.D.

pátek / 23. 3. 2012 / 7.30–10.50

Unikátní cizí těleso v močovém měchýři

MUDr. Eva Poláčková,

MUDr. Ivana Jakobovičová,

MUDr. Oslvad Cerman

Urologické oddělení nemocnice

Břeclav p.o.

Autoři se zabývají problematikou vzniku a výskytu cizích těles v dolních močových cestech.

tách. Uvádějí vyskytující se typy cizích těles, jejich symptomatologii, diagnostiku a terapii. Na závěr demonstrují mimořádný případ cizího tělesa v močovém měchýři.

Překvapivý nález nádoru prostaty a močového měchýře 64letého muže s mikroskopickou hematurií při nefrolitiáze

MUDr. František Hruška

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Nádory močového měchýře jsou 9. nejčastější diagnózou nádorů na celém světě s více než 330 000 nových případů každý rok a více než 130 000 úmrtí ročně, s odhadovaným poměrem muži:ženy 3,8:1,0. 70 % případů je diagnostikováno jako nádor močového měchýře nepostihující svalovinu a přibližně 30 % jako nádory infiltrující svalovinu.

V přednášce prezentuji 64letého muže, který je čtyři roky preventivně sledován u privátního lékaře pro LUTS při benigní hyperplazii prostaty. Při poslední kontrole zjištěna mikrohematurie a leukocyturie, dále zjištěna nefrolitiáza vpravo. Provedeno CT vyšetření, kde byl nález tumorózně zesílené stěny m.m v oblasti pravého ústí ureteru.

Pacient přijat k došetření na urologickou kliniku, kde byla provedena panendoskopie s nálezem na trigonu močového měchýře, kde byl rozsáhlé infiltrující tumor od pravého ústí. Při výkonu byla odebrána biopsie s histologickým výsledkem papilárního uroteliálního karcinomu G3, endoskopicky dále neřešitelný. Vzhledem k nálezu pacient indikován k cystoprostatektomii

a ureteroileostomii dle Brickera. Před výkonem pacient podstoupil neoadjuvantní chemoterapii (carboplatina s gemcitabinem). Výsledná histologie močového měchýře je invazivní uroteliální karcinom G3, PT2b, pN2, pV1, PMx a současně acinární adenokarcinom prostaty Gleason 3+3, pT3a, pN0, pMx. Pacient je po operaci v dobrém stavu, bez nutnosti adjuvantní léčby, pravidelně sledován na urologické klinice v odstupu 3 měsíců včetně kontroly PSA.

Při nálezu mikrohematurie při urolitiáze by mělo být myšleno i na nádorové onemocnění močových cest a pacient by měl být důkladně vyšetřen.

Renální kolika jako primární manifestace karcinomu žaludku

MUDr. Andrea Onderková,

MUDr. Roman Staněk

Urologické oddělení, Slezská
nemocnice Opava

Cil: Prezentujeme případ 51letého pacienta s generalizovaným adenokarcinomem žaludku zjištěným při diagnostickém postupu, na jehož počátku figurovala renální kolika.

Metoda: Pacient vyšetřen v urologické ambulanci pro bolesti v levém bedru, sonograficky zjištěna vizualizace kalichopánvičkového systému vlevo, dle vylučovací urografie hypotonie a hypofunkce levé ledviny, bez průkazu litiázy. Následně výskyt obdobných obtíží vpravo, sonograficky s mírnou dilatací KPS vpravo a normálním nálezem na levé ledvině. Nativní CT urotraktu ukazuje jen mírnou dilataci pravé pánvičky, bez dilatace močovodu, bez nálezů kontrastní litiázy. Provedena ascendentní pye-

lografie a ureterorenoskopie vpravo s nálezem stenózy močového v oblasti sakroiliakálního skloubení, zaveden JJ stent CH6. Po výkonu bolestivost a otok skrota, uzavřeno jako akutní epididymitida. Dochází k postupnému zhoršení stavu, přetrvává otok zevního genitálu, bolesti v bedrech, nově bolesti epigastria, nechutenství, otok levého stehna, zvětšení a bolestivost uzlin v levém tříse. Duplexní sono žil dolních končetin prokazuje hlubokou žilní trombózu pravé dolní končetiny, CT břicha a pánve prokazuje generalizovanou lymfadenopatii. Na doporučení hematologa provedena extirpace lymfatických uzlin z levé tříselné oblasti.

Výsledek: Histologicky v uzlinách zjištěny maligní buňky – metastázy karcinomu gastrointestinálního traktu. Karcinom žaludku potvrzen gastroscopicky, histologicky verifikován adenokarcinom z prstenčitých buněk. Ve Fakultní nemocnici Ostrava provedena explorativní laparoskopie s nálezem ascitu, prorůstání tumoru kardií do okolí, zvětšených regionálních i inguinálních uzlin, karcinózy peritonea. Pacient umírá po 4 měsících od první návštěvy lékaře pro renální koliku.

Závěr: Tato kazuistika poukazuje na fakt, že i choroby jiného orgánového systému mohou mít primárně urologickou symptomatiku a urolog může přispět k jejich diagnostice.

Perkutánní extrakce konkrementu z transplantované ledviny

MUDr. David Hradil,

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Mladý, aktivní 38letý muž s náhodně zjištěnou pokročilou chronickou proliferativní glomerulo-

nefritidou podstoupil v červenci 2004 transplantaci kadaverózní ledviny do pravé jámy kyčelní. Pooperačně byl sonograficky zjištěn konkrement v páničce transplantované ledviny velikosti 8 mm. Urolog doporučil konzervativní postup, resp. v dalším průběhu zvážit extrakorporální litotrypsi. Pacient po 6 letech bez subjektivních potíží přichází pro dva dny trvající anurii. V laboratoři byla prokázána alterace renálních funkcí. Doplněno spirální nativní CT vyšetření břicha, které potvrdilo 11 mm litiázu v pelviureterálním ústí. Bylo indikováno zajištění derivace moči pomocí DJ stentu a následně s ohledem na konfiguraci dutého systému transplantované ledviny byla pacientovi doporučena perkutánní extrakce konkrementu. Výkon proběhl bez komplikací, pooperační nefrostomografie bez průkazu reziduální litiázy a s volným odtokem ureterem. V dalším průběhu pacient již bez potíží, s dobrou diurézou a normalizací renálních funkcí.

Expanze nejasné etiologie v oblasti retroperitonea

MUDr. Martin Kuhn

Urologické oddělení Kroměřížské nemocnice, a.s.

Kazuistiky vybraných pacientů za posledních 20 let s nejasnou expanzí v oblasti retroperitonea, kde až operační revize a histologické vyšetření verifikovaly jejich etiologii.

Kontinentní heterotopická derivace moči u pacientů se závažnou dysfunkcí dolních močových cest a recidivujícími infekcemi močových cest

MUDr. Slavomír Vachta,

MUDr. Pavel Navrátil,
MUDr. Michal Balík,
MUDr. Miloš Brodčák, Ph.D.
Urologická klinika FN a LF UK,
Hradec Králové

Úvod: Cílem práce je prezentovat dvě metody heterotopické derivace dolních močových cest. První kazuistika popisuje vytvoření Montiho vývodu u pacientky s neurogenním močovým měchýřem a druhá appendikostomii u pacienta po transplantaci ledviny a závažnou strikturou uretry (1–3). Oba pacienti měli opakované závažné infekce močových cest

Kazuistika 1: Pacientka, 21 let, s neurologickým postižením dolních končetin po fraktuře L5/S1 při pádu ze schodů v roce 2010. Pacientka podstoupila mikrodisektomii L5/S1 a další neurochirurgické zákroky. V době přijetí na urologickou kliniku byl neurologický náález paraparéza dolních končetin a inkompletní syndrom kaudy equiny s neurogenním močovým měchýřem. V anamnéze byly opakované urosepsy a neúspěšný nácvik autokatetrizace. Největší problém byly opakované klonické křeče při zavádění močového katétru do uretry. Pacientka byla na naší kliniku odeslána k zajištění více funkční derivace moči. Bylo rozhodnuto k provedení heterotopické derivace pomocí veziko-ileostomie dle Montiho.

Při operaci byla vytnuta terminální část ilea v délce 4,5 cm, a to 20 cm od Bauhinské chlopně. Segment byl antimezentériálně detubilizován a na 16 Ch byl vytvořen požadovaný tubulární tvar vývodu. Ten byl našit aborálním koncem do pupku a druhým do močového měchýře. Do stomie byla založena permanentní cévka Ch 16 a plánovaná ponechat 10 dnů. Pooperační průběh byl kom-

plikován opakovanými křečemi. Při nich došlo k opakovaným pádům z postele, fraktury člunkové kosti zápětí pravé ruky a dalším pohmožděninám. Úprava medikace neurologem přinesla mírnou redukci křečí. Permanentní katétr byl odstraněn 14. den po operaci a pacientka zvládla samocévkování přes pupeční stomii. Plně kontinentní a bez známek infekce močových cest byla propuštěna domů. V plánu bylo další neurologické vyšetření a léčba ne zcela vysvětlitelných křečí.

Kazuistika 2: Pacient, 63 let, s anamnézou rozsáhlé struktury uretry. Ta recidivovala po mnoha korekčních operacích. Navíc se jednalo o pacientku po transplantaci ledviny s trvalou imunosupresí. Dalším důvodem k heterotopické derivaci byla opakovaná infekce močových cest s pyelonefritidami transplantované ledviny. U pacienta byla indikována appendikostomie dle Mitroffanova.

Při operaci byl vytnut od zažívací trubice appendix s částí céka. Pečlivě byl šetřen mezoappendix s cévním zásobením. Aborální konec byl anastomózován do močového měchýře. Kontinence byla zajištěna subslizničním protažením distálního konce appendixu. Z orální části bylo vytvořeno cévkovatelné stoma. Pacientovi byla 10. den extrahována cévka a sám se naučil katetrizovat. Byl propuštěn v dobrém stavu domů. Dyskomfortem zůstala nutnost častějšího cévkování, protože diuréza z transplantované ledviny je přes 3 litry denně.

Závěr: Heterotopická kontinentní derivace s využitím střevního segmentu je účinná a bezpečná metoda. Pacientům bylo umožněno se zbavit permanentního katétru. Tím se výrazně snížilo riziko opakovaných infekcí močových cest a zvýšila se kvalita života. Jedná se o náročnější operační postup, který je při dostatku zkušeností pracoviště dobře zvládnutelný.

Literatura

1. Fiala R, Hruban B, Zátura F, Reif R. Méně obvyklé způsoby derivace moči. Ces Urol 2001; 5: 17–20.
2. Mitrofanoff P. Trans-appendicular continent cystostomy in the management of the neurogenic bladder. Chir Pediatr 1980; 21: 297–305.
3. Monti PR, Lara RC, Dutra MA, de Carvalho JR. New techniques for construction of efferent conduits based on the Mitrofanoff principle. Urology 1997; 49: 112–115.

Spontánní perforace ortotopické náhrady močového měchýře

MUDr. Katarína Slatinová¹,

MUDr. Petr Vránek², MUDr. Jan Vašinka¹,

MUDr. Martin Labovský¹

¹Urologické oddělení Nemocnice Znojmo

²Chirurgické oddělení Nemocnice Znojmo

Prezentujeme kazuistiku zřídka viděné komplikace ortotopické náhrady močového měchýře. Za jednu z příčin spontánní perforace neoveziky je považováno akutní a chronické nadměrné roztažení stěny neoveziky v kombinaci s chronickými ischemickými změnami a poruchou krevního zásobení. Důraz je kladen zejména na rychlou diagnostiku této náhlé příhody břišní vzhledem k relativně chudé symptomatologii. Pro nedostatečnou výpočtovou hodnotu zobrazovacích metod je nutné provedení explorativní laparotomie s chirurgickým ošetřením perforace a následnou komplexní léčbou.

Fibroepiteliální tumor močovodu, vzácná příčina nepřesné diagnózy náhlé příhody břišní

MUDr. Jiří Špaček,

MUDr. Ivo Novák, Ph.D.,

MUDr. Josef Košina, MUDr. Vladimír Giblo,

MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UK,
Hradec Králové

Úvod: Akutně vzniklá obstrukce horních močových cest může napodobovat svými příznaky náhlou příhodu břišní (NPB). Nejčastěji se můžeme s tímto problémem setkat v diferenciální diagnostice ledvinné koliky a infekční NPB u infekční komplikace odchodu konkrementu. V příspěvku kazuisticky demonstrujeme vzácnou příčinu akutní obstrukce močovodu fibroepiteliálním tumorem, která imitovala svými příznaky náhlou příhodu břišní.

Kazuistika: Jedenáctiletý chlapec se dostavil k ošetření na spádové dětské chirurgické oddělení. Anamnesticky byl v předchorobí bez závažnějších onemocnění. Z plného zdraví se objevily bolesti břicha, nauzea, subfebrilie. Byl bez urologické symptomatologie, na sonografii byla popsána dilatace dutého systému pravé ledviny s nejasným nálezem hypoechogenní expanze v distálním močovodu s propagováním se do měchýře. Bez dalšího vyšetření a konzultace urologem byla provedena chirurgem akutní laparoskopie s apendektomií pro podezření na akutní apendicitidu. Histologie nepotvrdila zánět slepého střeva. Po výkonu nedošlo ke zlepšení stavu, trvaly bolesti a febrilie. Až poté byl konzultován dětský urolog. Na provedené vylučovací urografii byla nalezena dilatace pravého močovodu pod obratel L5, kde byl v dilatovaném močovodu nekontrastní výpad. Ten dosahoval až do měchýře. Chlapec byl převzat na oddělení dětské urologie. V labora-

torních vyšetřeních byly známky akutního zánětu: leukocyty 17 a CRP 31. V chemické analýze moči byl nalezen protein, krev a leukocyty. V močovém sedimentu byla záplava erytrocytů. Na následně provedené cystoskopii byl potvrzen útvar zející z ústí močovodu do měchýře. Pokus o ureteroskopické odstranění polypoidního tumoru nebyl úspěšný, a to zejména pro jeho velikost. Tumor sahal kraniálně až ke křížení s ilickými cévami. Byla indikována otevřená operační revize pravého močovodu. Peroperačně byl potvrzen popisovaný útvar v distálním močovodu, a to 70 mm dlouhý. Z ureterotomie byl kompletně excidován. Histologem byl popsán nález raritního benigního fibroepiteliálního tumoru močovodu. Pooperační hojení proběhlo bez komplikací a 7. den byl propuštěn domů. Stent zavedený při operaci byl odstraněn ambulantně za 3 měsíce. Následně provedená ascendentní pyelografie prokázala volně průchodný močovod bez patologického nálezu. Chlapec byl nadále dispenzarizován a byl bez recidivy a bez obtíží.

Závěr: Prezентujeme nález raritního tumoru močovodu u 11letého chlapce. Tumor ureteru způsobil obstrukci, jejíž symptomatologie byla omylem považována za NPB a pacient podstoupil appendektomii. Následná konzultace urologa vedla k přesné diagnostice a úspěšné léčbě.

Trombus renální a dolní duté žíly v souboru pacientů s karcinomem ledviny v období 1997–2011

MUDr. Ivana Jakabovičová,

MUDr. Eva Poláčková,

MUDr. Osvald Cerman

Urologické oddělení nemocnice
Břeclav, p.o.

Autoři revidovali registr pacientů léčených v udaném období pro karcinom ledviny na urologickém oddělení. Porovnali výskyt nádorových trombů v souboru s literárně udávaným. Stručně zmiňují symptomatologii, diagnostiku a operační postup.

Uvádějí dvě typické kazuistiky s výskytem trombu renální žíly a rozsáhlého trombu dolní duté žíly u pacientů s karcinomem ledviny.

Komplikovaná léčba pacientky s pokročilým světlobuněčným karcinomem ledviny

MUDr. Jiří Špaček, MUDr. Petr Hušek,

MUDr. Pavel Navrátil, CSc.,

MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UK
Hradec Králové

Úvod: Cílem práce je prezentovat komplikovanou, ale úspěšnou léčbu pacientky s metastatickým karcinomem ledviny. Pacientka podstoupila nefrektomii a pak biologickou léčbu (1–5). Ta měla závažné vedlejší účinky. Pro závažné infekční komplikace byl proveden v současné době málo používaný operační zákrok – dekapsulace ledviny.

Kazuistika: Pacientka, 46 let, byla poprvé odeslána na naše pracoviště v dubnu 2010 praktickým lékařem pro makroskopickou hematurii. Provedená vyšetření odhalila tumor levé ledviny, bez známek diseminace. Pacientce byla provedena v červnu 2010 levostranná nefrektomie. Peroperační nález byl objemný nekrotický tumor s trombem v renální žíle. Histologický nález prokázal světlobuněčný karcinom stadia pT3bN0M1 a histopatologický stupeň malignity („grading“) byl 3. V rámci standardní pooperační dispenzariza-

ce bylo provedeno včasné CT plic. Tam byly nově nalezeny mnohočetné plicní metastázy. Pacientka byla dále předána do onkologické péče.

Od července do listopadu 2010 podstoupila pacientka první linii paliativní biologické léčby sunitinibem. Kontrolní CT plic a břicha prokázalo progresi metastáz plic a nově také diseminaci v dutině břišní. Proto byla zahájena další linie biologické léčby sorafenibem. Ta byla z důvodu gastrointestinální intolerance změněna na everolimus. Počítačová tomografie ze září 2011 ukázala regresi velikosti a počtu zhoubných ložisek. Stav hodnocen onkologem jako parciální remise, s možnou několikaletou prognózou přežívání.

V polovině prosince 2011 pacientka náhle hospitalizována na intenzivní péči pro těžký septický stav a rozvoj multiorgánového selhání (MODS), včetně nutností plicní ventilace a akutní hemodialýzy. CT břicha prokázalo absedující pyelonefritidu solitární ledviny, která byla hlavní příčinou vážného stavu pacientky. Přes intenzivní antibiotickou terapii nedocházelo ke zlepšení stavu.

Pacientka byla indikována k akutní operační revizi solitární ledviny. Byla provedena dekapsulace ledviny a drenáž viditelných abscesů. Operace proběhla bez komplikací a krevní ztráta byla 200 ml. Bylo pokračováno v antibiotické léčbě a postupně dochází ke zlepšení celkového stavu. Pět dní po výkonu se obnovila diuréza a byla ukončena hemodialyzační léčba. Patnáct dní po výkonu byla pacientka extubována. Koncem ledna 2012 je pacientka již na standardním oddělení, intenzivně rehabilitující.

Závěr: Metastatický karcinom ledviny má výsoce negativní prognózu. Kazuistika prezentuje komplikovanou, ale úspěšnou chirurgickou a biologickou léčbu. Biologická léčba může mít závaž-

né vedlejší účinky. Abscedující nefritida solitární ledviny u pacientky s imunosupresivní léčbou byla úspěšně vyřešena dekapsulací ledviny.

Literatura

1. Kolombo I, Poněšický J, Poršová M, et al. Pokročilý karcinom ledviny – současné trendy terapie Urol. praxi, 2009; 10: 182–189.
2. Beneš P. Metastazující karcinom ledviny – současné možnosti léčby. Urol. praxi, 2010; 11: 180–188.
3. Holečková P. Souhrn novinek cílené biologické léčby renálního karcinomu. Urol. praxi, 2011; 12: 100–104.
4. Hora M, Stránský P, Eret V, Hes O, Finek J, Chudáček Z, Babouk M. Integrace chirurgické a biologické léčby u pokročilého renálního karcinomu. Ces Urol 2011; 15: 149–157.
5. Amato R. Everolimus for the treatment of advanced renal cell carcinoma. Expert Opin Pharmacother. 2011; 12: 1143–55.

Sekundární postižení ledvin karcinomem cervixu

MUDr. Jan Pokorný, FEBU¹, doc. MUDr.

Martina Kubecová, Ph.D.², doc. MUDr.

Robert Grill, Ph.D.¹, MUDr. Petr Klézl¹

¹Urologická klinika 3. LF UK

a FN Královské Vinohrady, Praha

²Radioterapeutická a onkologická

klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

Úvod: Postižení ledvin sekundárními nádory tvoří minoritní podíl z celkového počtu diagnostikovaných nádorových onemocnění ledvin. Z této skupiny je nejčastěji popisována afekce primárním nádorem plic, žaludku, prsu, kolon a infiltrace lymfomy. Z méně častých se vyskytují primární ložiska pankreatu, ovaria a prostaty.

Cíl: Autoři v práci prezentují kazuistiku renálního sekundárního postižení obou ledvin cervikálním karcinomem.

Metoda: 62letá nemocná s anamnézou lokálně pokročilého High Grade dlaždicobuněčného karcinomu cervixu infiltrujícího močový měchýř absolvovala v předchorobí 6 cyklů chemoterapie na bázi cisplatiny a radikální teleradioterapii s kuračním cílem. Po roce sledování se akutně dostavila na naši ambulanci pro bolesti pravé bederní oblasti a febrilie. V moči pozorovala odchod nekrotických hmot, dysurické obtíže na dotaz negovala, hematurii nepozorovala. Při klinickém vyšetření dominovala palpační bolestivost pravé bederní krajiny. Byla přítomna elevace zánětlivých markerů a zánětlivý nález v močovém sedimentu. Později byla kultivačně verifikována *Klebsiella pneumoniae* v koncentraci 10⁶/6. Provedené ultrasonografické vyšetření zobrazilo suspektní nehomogenní expanzi střední části pravé ledviny o velikosti 80 mm infiltrující renální hilus. Obdobný nález o průměru 38 mm byl pozorován i na zadním labiu levé ledviny. Statimově provedené CT vyšetření potvrdilo USG nález. Diferenciálně diagnosticky byl zvažován bilaterální absces ledviny, případně nekrotický uroteliální tumor. CT nález nejevil charakteristické znaky renálního karcinomu. Pacientka byla přijata k ústavnímu ošetření, parenterálně aplikována antibiotika – Ciprofloxacin a Amoxicillin s kyselinou clavulanovou, provedena dehydratace pacientky.

Výsledky: S odstupem dvou týdnů po přeléčení antibiotiky bylo provedeno MRI vyšetření, které zobrazilo objemný tumor parenchymu pravé ledviny se suspektní infiltrací jater a tumor stejného charakteru vlevo. Nález přesvědčivě neimponoval jako renální karcinom, objevuje se úvaha o možnosti bilaterálního postižení metastázou cervikálního či jiného primárního karcinomu. Bylo doplněno 99mTc DMSA vyšetření ledvin, kde se funkční parenchym vpravo zobrazil pouze v dorzální části hor-

ního pólu o 16% z celkové renální funkce. Vlevo byl patrný pouze drobný defekt funkčního parenchymu v místě suspektního tumoru. S ohledem na majoritně funkční levou ledvinu byla provedena USG navigovaná perkutánní biopsie tumorózního ložiska, kde byl histologicky verifikován velmi neostře ohraničený infiltrát málo diferencovaného karcinomu se strukturou solidně trabekulární až solidně alveolární, pronikající mezi strukturami původního renálního parenchymu. Morfologie nádoru, jeho imunofenotyp i kontext s pacientčinou anamnézou odpovídaly metastatickému rozsevu málo diferencovaného dlaždicobuněčného karcinomu děložního čípku do ledviny. Následně byla pacientce provedena technicky náročná nefrektomie vpravo transperitoneálním přístupem, bylo nutné uvolnění tumoru od jater, duodena a dolní duté žíly. Histologicky byla prokázána nádorová infiltrace málo diferencovaným invazivním dlaždicobuněčným karcinomem, který byl rozsáhle nekrotický. Nádor prorůstal do perirenální tukové tkáně, šířil se do linie chirurgického řezu. Bylo uzavřeno jako metastáza málo diferencovaného dlaždicobuněčného karcinomu děložního čípku do ledviny v terénu hnisavé pyelonefritidy. Po dohodě s onkology bylo rozhodnuto o aplikaci druholiniové chemoterapie na bázi cisplatiny a v případě regrese nálezu levé ledviny indikovat pouze další sledování. Jiné metastatické postižení stagingovými vyšetřeními nebylo prokázáno.

Diskuze: V případě necharakteristického nálezu na zobrazovacích vyšetřeních je nutné diferenciálně zvažovat i sekundární postižení orgánu méně pravděpodobným primárním tumorem, zejména při pozitivní osobní anamnéze pacienta.

Metastatické postižení ledviny cervikálním karcinomem je považováno za raritní. V odbor-

né literatuře absentují větší soubory pacientek, popsány byly pouze jednotlivé kazuistiky, při rešerši nebylo nalezeno více než několik desítek publikovaných případů.

Nefrogenní adenom

MUDr. Lubomír Janiš

**Urologické oddělení,
Nemocnice Nový Jičín**

Nefrogenní adenom je vzácná, benigní jednotka, která se objevuje nejčastěji ve středním věku u mužů. Postihuje sliznici močového ústrojí, nejčastěji močového měchýře, může se však vzácně vyskytovat i ve sliznici uretry, ureterů či ledvinné pánevky. Histomorfologicky připomíná renální tubuly, dlouhou dobu se předpokládalo, že se jedná o metaplastickou proliferaci urotelu, podle novějších poznatků jde však pravděpodobně o deriváty tubulárních renálních buněk. Jeho etiologie je neznámá, obvykle bývá jeho výskyt spojen s chronickými dráždivými faktory.

Prezentována kazuistika pacientky s primární gynekologickou malignitou, po komplexní chirurgické a onkologické terapii. Na urologii opakovaně léčena pro sekundární urologické potíže – uroinkontinenci, opakované uroinfekce, pro symptomatickou obstrukční pyelonefritidu zaveden ureterální stent. Při běžné výměně stentu nález ohraničené slizniční papilární léze v měchýři, biopsicky snesené – histologicky průkaz nefrogenního adenomu.

Kazuistika doplněna údaji o etiologii, výskytu, histologické charakteristice této vzácné nozologické jednotky a doporučením dispenzárního režimu.

Nezvyklé potíže s histologickým hodnocením pokročilého karcinomu prostaty

MUDr. Barbora Látalová

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Karcinom prostaty patří mezi nejčastější nádory mužské populace. V současné době je u mladších mužů diagnostikován většinou pomocí PSA, a to v rámci prevence. Jen málokdy dochází ke klinickým projevům při pokročilém onemocnění. Ani tak, vzhledem k propracované diagnostice, nedochází k rozpakům a pacienti podstupují standardní léčbu. V této kazuistice autoři prezentují případ pacienta s pokročilým karcinomem prostaty s atypickým projevem a diagnostickými obtížemi.

Aktivní 60letý muž bez předchozí urologické anamnézy je přijatý na naši kliniku pro masivní makroskopickou hematurii. Při vstupním vyšetření je zjištěn suspektní nález na prostatě, PSA 120 ng/ml.

Doplněno CT břicha s nálezem exofytického útvaru v močovém měchýři, dilatací močového a pánevky pravé ledviny, pakety uzlin podél ilických cév vlevo. Endoskopicky nalezen v m.m. tumor před pravým ústím, provedena biopsie, kde patologové popsali papilární uroteliální karcinom G3. Z biopsie prostaty adenokarcinom GS 4+5. Scinti skeletu negativní. Předpokládá se tedy duplicita karcinomu prostaty a močového měchýře.

Pacient souhlasí s radikálním řešením, podstupuje neoadjuvantní chemoterapii (Gemcitabin, Carboplatina dle protokolu CATO) a radikální cystoprostatektomii, rozsáhlou pánevní lymfadenektomii a ureteroileostomii. V pooperačním období pacient bez potíží. Realimentován. Propuštěn časně domů.

Jako překvapení v definitivní histologii nalezen pouze pokročilý metastatický adenokarcinom prostaty pT4 pN1 M0 GS 4+5.

Díky problematické diagnostice pacient podstoupil nezvyklé radikální řešení pokročilého karcinomu prostaty a bude poučné sledovat jeho další vývoj.

Intravezikální protruze hem-o-lok klipů u dvou pacientů po radikální prostatektomii

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení,

Uherskohradištská nemocnice a.s.

Sdělení uvádí kazuistiku dvou pacientů po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty. První pacient po laparoskopické radikální prostatektomii se sklerózou hrdla, jako příčina potíží hem-o-lok klip v hrdle močového měchýře, druhý pacient po robotické radikální prostatektomii na jiném pracovišti, zde nález hem-o-lok klipu v jádru cystolititidy. Po endoskopickém odstranění hem-o-lok klipů oba bez potíží.

Práce dále shrnuje dosavadní publikace na toto téma, způsoby řešení a možnosti minimalizace této komplikace.

Uroteliální karcinom prostatické uretry

MUDr. Jiří Janů, MUDr. Tomáš Lakomý,

MUDr. Pavel Svoboda

Urologické oddělení, Nemocnice v Novém Městě na Moravě

Úvod a cíl práce: Popsat případ pacienta, u kterého byl histologicky verifikován high-grade

invazivní uroteliální karcinom infiltrující prostatu. Na základě histologické PSA negativity a literárních údajů o vzácnosti uroteliálního karcinomu prostaty se domníváme, že origo tumoru je v prostatické uretře.

Materiál a metody: Případ 69letého pacienta, který byl 5 let ambulantně léčen pro obstruktivní uropatii se symptomatologií OAB v terénu, chronické infekce dolních močových cest a se stenózou páteřního kanálu v oblasti L3 herniací disku. Pacient se po tuto dobu úspěšně vyhýbal endoskopickému vyšetření. Během kontrol pro elevaci PSA podstoupil jedinou punkční biopsii prostaty s výsledkem chronické prostatitidy. Vzhledem k přetrvávajícím potížím pacient nakonec souhlasí s provedením ambulantní flexibilní CUS, při které proveden odběr suspektní prostatické sliznice. Výsledkem biopsie je prokázání maligních buněk v epitelu. Rozhodli jsme se doplnit biopsii prostaty endoresekcí susp. části prostatické uretry a provést kompletní staging. Výsledkem byl nález uroteliálního intraduktálního karcinomu (in situ uroteliální karcinom prostatických vývodů). Pacientovi jsme navrhli operační řešení, a to radikální odstranění prostaty.

Výsledky: Definitivní histologie – high-grade invazivní uroteliální karcinom, který masivně infiltruje prostatu. Tumor nejde přes pouzdro prostaty, ale je přítomný v blocích z apexu. Zastižena je suspektní lymfangioinvasí pT2 NO MO.

Závěr: Případ potvrzuje nutnost provedení endoskopického vyšetření při chronických dysurických potížích. Negativní nálezy následných endoskopických kontrol potvrzují správnost rozhodnutí provést radikální prostatektomii.

Benigní tumory varlat – záchovný operační výkon

MUDr. Pavel Kratochvíl

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Drobné nehmatné benigní tumory varlete jsou po zlepšení ultrazvukového vyšetření stále častějšími nálezy v urologických ambulancích. Možnost varle šetřící operace se u těchto tumorů nabízí jako metoda volby za podmíněk přístupu přes tříselný kanál a možnosti peroperačního vyšetření nazmrzlo. K tomuto sdělení přidáváme 4 kazuistiky těchto drobných tumorů, u kterých byl proveden tento záchovný výkon. Dvakrát šlo o adenomatoidní tumor, jednou o fibrom a jednou se jednalo o tumor z Leydigových buněk. Tato metoda se postupně stává metodou volby u drobných ohraničených tumorů.

Masivní spontánní krvácení do skrota u nemocného s antikoagulační léčbou

MUDr. Katarína Vicenová

doc. MUDr. Robert Grill Ph.D.,

MUDr. Petr Klézl,

doc. MUDr. František Zátūra, Ph.D.,

MUDr. Zdeněk Otava,

MUDr. Jan Pokorný, FEBU

Urologická klinika 3. LF UK a FN

Královské Vinohrady, Praha

Úvod: Nejčastější etiologií hematocele je trauma, vzácně při krvácení z nádoru varlete nebo spontánně u poruch hemokoagulace. Malé hematokély lze řešit konzervativně, větší jsou indikovány k revizi.

Cíl: Prezentace kazuistiky pacienta se spontánním krvácením do skrota při warfarinizaci.

Metoda: 88letý polymorbidní orientovaný pacient byl odeslán ambulantním urologem pro desetidenní progredující hematokélu vpravo. Traumatologickou etiologii či jiné příhody převědčivě negoval. V předchorobí léčen urologem pro BPH, před šesti měsíci punktována hydrokéla na postižené straně. Anamnesticky u nemocného přítomna ICHS, CHOPN, arteriální hypertenze, srdeční dekompenzace. Při vyšetření zjištěn abúzus warfarinu v dávce 5 mg denně. Při fyzikálním vyšetření dominoval nález objemného zvětšení šourku fialové barvy, zejména vpravo, sahající do více než půli stehna pacienta. Palpačně obsah fluktooval, byl bolestivý. Fyzikálně jiné známky krvácení nebyly přítomny. Vyšetření ultrazvukem odhalilo volnou tekutinu v pravém hemiskrotu, částečně i v levém, varlata intaktní. Laboratorně zjištěny následující hodnoty – INR 4,18 arb.j., APTT 59,6 s, RBC $2.97 \cdot 10^{12}/l$, HBG 89g/l.

Výsledky: Pacient přijat k ústavnímu ošetření, podány mražené plazmy a vitamin K, pacient zajištěn nízkomolekulárním frakcionovaným heparinem v dávce 0,4 ml s.c./24 hod. Do následujícího dne došlo k poklesu INR na 1,49 arb.j., přistoupeno k operační revizi, při které bylo z pravé části hemiskrota evakuováno cca 800 ml koagul. Drobné krvácení ošetřeno elektrokoagulací, větší zdroj nebyl identifikován. Varlata vitální, ponechána in situ. Další průběh byl bez komplikací, sanatio per primam intentionem, drén byl odstraněn druhý pooperační den. Pro rozvoj hepatotoxické léze, v.s. postanestetické etiologie, byl pacient přeložen na interní kliniku, odsud následně do LDN. Dále námi ambulantně dispenzarizován, s odstupem týdne provedena

ambulantní evakuace drobného reziduálního hematomu. Při dalších kontrolách stav prohlášen za uspokojivý, varlata fyzikálně i USG včetně Dopplerovského vyšetření intaktní.

Závěr: U našeho pacienta kombinace korekce prodloužených koagulačních parametrů a chirurgické evakuace hematomu vedla k zachování orgánu a plné remisi.

Trombóza vena dorsalis penis (morbus Mondor) jako příčina akutních bolestí genitálu

MUDr. Martin Kučera

Urologické oddělení, Nemocnice Kyjov

Kazuistika se věnuje popisu onemocnění u mladého muže, u kterého došlo k náhlým bolestem genitálu. Byla diagnostikována trombóza vena dorsalis penis. Toto raritní onemocnění povrchových žil by měl urolog vzít v potaz v rámci diferenciální diagnostiky bolestí v oblasti genitálu. Kazuistika je doplněna obrázkovými informacemi, shrnuje postupy diagnostiky a léčby.

Neobvyklá příčina mikroskopické hematurie a opakovaných infekcí močových cest

MUDr. Jan Šarapatka,

MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,

MUDr. Martin Hrabec

Urologická klinika LF UK a FN Olomouc

Čtrnáctiletý chlapec s normálním psychomotorickým vývojem a s dobrým školním prospěchem byl pro dvě ataky infekce dolních močových cest a po léčbě přetrvávající mikro-

skopickou hematurií, odeslán k urologovi. Při diagnostické rozvaze bylo pomýšleno na pozdně se manifestující vrozenou vývojovou anomálii urotraktu, dysfunkční mikci, strikturu uretry, fimózu, chlamydiovou a mykoplazmatickou infekci. U mikroskopické hematurie byla vylučována nefrologická etiologie, litiáza, hyperkalciurie, porucha hemokoagulace. Při vyšetření byla opakovaně prokázána mikroskopická hematurie neglomerulárního typu. Ultrasonograficky byla zjištěna lehká dilatace dutého systému pravé ledviny bez redukce parenchymu, močový měchýř měl jemnou stěnu. Mikční cystouretrografie byla bez průkazu refluxu, uretra s fyziologickým nálezem. Laboratorní nálezy byly bez patologie. Pacient byl během sledování bez obtíží, objevily se však občasné krvavé skvrny na spodním prádle, přetrvávala mikroskopická hematurie, ultrazvukový nález byl nadále nezměněn. Za dva měsíce od posledního vyšetření se pacient dostavil pro dysurie a makroskopickou hematurii. Ultrasonografie močového měchýře prokázala zesílení stěny a vícečetné hyperechogenní útvary v měchýři. Prostý snímek vyloučil rtg kontrastní útvar, při cystoskopii byly v močovém měchýři nalezeny a endoskopicky odstraněny 3 plastické hadičky o průměru 2,5 mm a celkové délce 120 cm. Po odstranění cizího tělesa je pacient bez obtíží, dodatečně se přiznal, že si déle než rok zaváděl do močové trubice cizí tělesa.

Tekutinová kolekce v dutině břišní a překvapivá diagnóza

MUDr. Peter Kuliáček^{1,2},

MUDr. Miroslava Králová, Ph.D.²,

MUDr. Pavel Rejtar³,

MUDr. Kateřina Lejhancová, Ph.D.⁴

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

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

³Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

⁴Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Kazuistika novorozence dívčího pohlaví, u kterého byla prenatálně diagnostikována cystická tekutinová kolekce v levé polovině dutiny břišní se závěrem susp. cysta ovaria. Po narození vyšetřena, na UZ potvrzena cystická expanze mezi levou ledvinou a slezinou vel. 52x46x60 mm, částečně septovaná a s lehce zahuštěným obsahem. Při MR vyšetření potvrzena cystická expanze prům. 5 cm s další doprovodnou cystou prům. 1 cm. Levá ledvina odtlačena kaudálně, ale s přiměřeným nálezem. Původ cysty nebylo možno určit. V diferenciální diagnóze zvažována posthemoragická cysta nadledviny, duplikatura střevní, lymfangiom, cysta ovariální, mezenterální, cysta nadledviny, multicystická ledvina, teratom.

Pacientka byla indikována k operační revizi. 14. den po narození provedena levostranná lumbotomie a při revizi zjištěna v retroperitoneu tekutinová kolekce nad levou ledvinou, prům. 5 cm, na jejím kraniálním pólu byla nadledvina.

Provedena resekce útvaru, ponechána nadledvina. Útvar byl bez epitelové výstelky, tudíž se jednalo o pseudocystu. Histologický nález: neuroblastoma in situ.

Dle výsledku byla pacientka zařazena do skupiny s nízkým rizikem, s biologicky příznivým průběhem. Tito pacienti vyžadují po iniciální

operaci pouze pozorování, nebo jen velmi šetrnou chemoterapii. U pečlivě vybraných novorozenců a malých kojenců do 3 měsíců věku s tzv. perinatálním neuroblastomem je možné vyčkat spontánní regrese neuroblastomu, nemusí být ani operováni. Dítě bylo dispenzarizováno v onkologické poradně Dětské kliniky FN.

Při pravidelných kontrolách je bez známek onemocnění, laboratorní testy jsou v normě.

Závěr: Neuroblastom je nejčastějším solidním extrakraniálním tumorem v dětském věku, má v drtivé většině solidní formu, cystická forma je vzácná. Jeho prognóza v kojeneckém věku je velice příznivá, má schopnost spontánního vyzrávání, degenerace a regrese bez další terapie. Má nejvyšší míru spontánní regrese mezi lidskými nádorovými onemocněními, a to především v novorozeneckém a časném kojeneckém období.

Hodnocení účinnosti analgetického efektu indometacinového čípku při transrektální biopsii prostaty

MUDr. Šárka Kudláčková

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Zhodnocení účinnosti analgetického účinku indometacinového čípku před transrektální biopsií prostaty.

Metoda: V období od ledna 2011 do ledna 2012 bylo hodnoceno 419 mužů, kteří podstoupili punkční biopsii prostaty. Před každou biopsií byl 15 min před výkonem do konečníku aplikován indometacinový čípek a těsně před výkonem pak do konečníku aplikován gel s Mesocainem.

Počet bioptických vzorků byl stanoven dle Vídeňského nomogramu, průměrný počet vzor-

ků byl 12. Bezprostředně po výkonu pacient vyplnil formulář 10stupňové vizuální škály bolesti.

Výsledek: 61 % pacientů hodnotilo výkon jako minimálně až slabě bolestivý, 29 % pacientů pak jako středně bolestivý, 8 % jako silně bolestivý a 2 % pacientů jako nesnesitelný.

Závěr: Lokální anestezie mesocain gelem se současným podáním indometacinového čípku zajišťuje dostatečný analgetický efekt k provedení multiplikované biopsie prostaty u více jak 90 % pacientů k tomuto výkonu indikovaných.

Roboticky asistovaná resekce ledviny u morbidně obézního pacienta

MUDr. Jiří Špaňhel

Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny,
LF UP a FN Olomouc

Nemocný (51 let) před operační bandáží žaludku pro morbidní obezitu, BMI 566,8 (výška 173 cm, váha 170 kg). Při vyšetření před operací zjištěn TURIS I. s.din. Navržena roboticky asistovaná resekce ledviny vzhledem k obezitě. Operace provedena v doplňované anestezii (Propofol, Midazolam, Sufentanil, Esmeron, Sevofluran). Během 2hodinového výkonu nemocný oběhově stabilizovaný, na konci hladce extubován. Po extubaci však dochází k projevům respirační insuficience s poklesem periferní saturace na 88 %, nutná manuální podpora ventilace obličejovou maskou pro velmi malé dechové objemy. K úplné antagonizaci svalové relaxace podán Bridion v dávce 200 mg i.v., ihned dochází ke zlepšení spontánní dechové aktivity nemocného bez nutnosti další podpory. Nemocný převezen k pooperační péči na JIP, kde již normální pooperační průběh. Čtvrtý den nemocný v dobrém stavu propuštěn domů.

OAB – diagnostika a léčba

garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

pátek / 23. 3. 2012 / 11.15–12.00

Klasifikace OAB

MUDr. Martin Fabišovský

Urologické oddělení FN Ostrava

Problematika hyperaktivního močového měchýře (OAB) je součástí komplexu symptomů dolních močových cest (LUTS). Charakteristickým symptomem OAB je závažná urgence, zpravidla doprovázená častým močením, nykturií a příbližně ve třetině případů rovněž urgentní inkontinencí. Nejde sice o stav spojený s vysokou

mortalitou či morbiditou, přesto se jedná o velmi aktuální téma současné urologie a urogynekologie. Hyperaktivní měchýř mívá většinou zásadní dopad na kvalitu života postižených mužů a žen. Symptomy hyperaktivního močového měchýře podle současných výzkumů trpí asi 12–16 % dospělé evropské populace. Pro srovnání prevalence diabetu činí 6 %, prevalence urolitiázy 4–5 %. OAB je jedním z nejčastějších zdravotních problémů současné dospělé populace. Jeho výskyt koreluje s věkem, a proto v souvislosti

s prodlužující se délkou života lze očekávat další nárůst již tak vysoké prevalence.

Moderní možnosti léčby OAB

MUDr. Eva Burešová,

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Autoři se ve svém sdělení zaměřují na možnosti moderní léčby OAB (overactive bladder) s ohledem na doporučení Evropské urologické společnosti (Guidelines European Association of Urology). Farmakoterapie hyperaktivního močového měchýře je založena na užívání anticholinergik.

Preparáty této skupiny kompetitivně blokují působení acetylcholinu na muskarinových receptorech na nervosvalové ploténce. Obecně se dělí na anticholinergika I. a II. generace, dle mechanismu účinku, farmakokinetiky a selektivity k jednotlivým typům muskarinových receptorů.

Autoři srovnávají účinnost jednotlivých přípravků, která byla dosažena v mnoha klinických studiích. Dále porovnávají výskyt vedlejších nežádoucích účinků. V případě kontraindikace léčby antimuskariniky, jako jsou retence moči, glaukom se zavřeným úhlem, myastenia gravis, ulcerózní kolitida a toxické megakolon, jsou další volbou tricyklická antidepresiva nebo v poslední době hodně diskutované použití botulotoxinu v terapii OAB.

Současná doporučení k intravezikální léčbě karcinomu močového měchýře

pátek / 23. 3. 2012 / 12.00–12.30

Současná doporučení

k intravezikální léčbě

karcinomu močového měchýře

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Základem úspěšné intravezikální léčby svalovinu neinfiltrujícího tumoru močového měchýře je radikální transuretrální resekce (TUR) všech tumorózních ložisek až do zdravé svaloviny. Vzhledem k biologickému potenciálu nádorových buněk z urotelu je pro nádory močového měchýře typické, že dochází u řady pacientů s odstupem po správně provedené TUR k recidivě nádoru v močovém měchýři. Řada karcinomů však nejen recidivuje,

ale některé karcinomy však i vykazují progresi do svalovinu infiltrujícího stupně. Důležitou roli hraje nejen samotný operační zákrok, ale i pooperačně podaná instilační terapie. Tato může být ve formě chemoterapie či imunoterapie. Rozhodnutí, zda se pacient řadí do nízké, středně či vysoce rizikové skupiny, vychází z peroperačních zjištění (velikost, četnost a frekvence výskytu tumorů měchýře) a patologického zhodnocení (grading a staging karcinomu a přítomnost CIS), přičemž pravděpodobnost rizika recidivy karcinomu či jeho progresi hodnotí např. EORTC Bladder Cancer Calculator. Dle toho je pak doporučena jediná pooperační aplikace chemoterapeutika do měchýře („single shot“), série CHT v týdenních intervalech či přímo BCG

terapie. Zatímco u nízkorizikových karcinomů je radikální TUR a jednorázová časná pooperační instilace chemoterapeutika intravezikálně dostačující, u karcinomů středního rizika je časná pooperační instilace považována za úvod další intravezikální léčby, jejíž délka a frekvence však nadále zůstává předmětem diskuzí. U vysoce rizikových karcinomů by měla po definitivním histologickém zhodnoce-

ní pokračovat intravezikální aplikace BCG vakcíny. Zatímco intravezikální chemoterapie prodlužuje čas do případné recidivy karcinomu měchýře, velká část studií zabývajících se intravezikální BCG terapií potvrzuje nejen oddálení recidivy, ale i snížení rizika progresu karcinomu. Týká se to však těch pacientů, kteří dostali nejen úvodní sérii 6 dávek BCG vakcíny, ale i udržovací léčbu.

Nykturie

garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

pátek / 23. 3. 2012 / 12.30–13.15

Aktuální pohled na diagnostiku nykturie

MUDr. Martin Fabišovský

Urologické oddělení FN Ostrava

Nykturii definujeme jako stav, kdy se pacient minimálně jedenkrát za noc vzbudí proto, aby se vymočil. Jedná se o jeden z nejvíce obtěžujících symptomů dolních močových cest, často bývá pro pacienta prvním impulzem k návštěvě lékaře. Jedná se o symptom, který může mít multifaktoriální etiologii a v jehož pozadí může stát závažná choroba. Epidemiologické studie ukazují na vysokou prevalenci nykturie v populaci. S věkem výskyt a počet nykturií narůstá. Nykturie nepochybně významným způsobem ovlivňuje kvalitu života. Nedostatek spánku, únavnost a snížená psychomotorická výkonnost vedou v dlouhodobém horizontu ke zvýšenému výskytu depresivních stavů, kardiovaskulárních onemocnění či dopravních a pracovních úrazů. Cílem diferenciální diagnostiky je odlišení polyurie, noční polyurie

a snížené kapacity močového měchýře nejružnější etiologie. Zásadní význam v diagnostice nykturie hrají metody neinvazivní uroynamiky.

Medikamentózní léčba nykturie

MUDr. Eva Burešová,

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Mezi nejčastěji se vyskytující symptomy dolních močových cest patří nykturie, která může být způsobena různými příčinami, které se navíc mohou kombinovat. Aby byla léčba účinná, je proto nezbytné správně určit příčinu. V urologické praxi je na základě správně pacientem vyplněného mikčního deníku možné diagnostikovat noční polyurii či sníženou funkční kapacitu močového měchýře.

Při noční polyurii je v terapii jedinou možnou volbou použití desmopresinu. Jedná se o syntetický analog přirozeného lidského antidiuretického hormonu. Na rozdíl od vazopresinu má delší

biologický poločas a vyšší afinitu k receptorům glomerulů než k receptorům v cévní stěně, proto nezpůsobuje významnou vazokonstrikci. Účinnost tohoto preparátu byla ověřena v řadě klinických studií. Při dodržování doporučeného dávkování a restrikce tekutin je pacienty dobře tolerován.

Pokud je příčinou nykturie nižší funkční kapacita močového měchýře, měla by být indikována terapie anticholinergiky. U mužů byl v některých studiích popsán příznivý vliv alfablokátorů na snížení epizod nykturie.

Sesterská sekce

čtvrtek / 22. 3. 2012 / 15.00–17.00

Urologie od Egypta po současnost, aneb Jak šel čas...

Bc. Hana Juřenová, Radka Švábeníková
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Urologie vznikla a soustavně se rozvíjela jako operační disciplína v rámci všeobecné chirurgie, nejdéle známou operací na světě je operace urologická. Byla to cirkumcize prováděná ještě pazourkovým nožem ve starém Egyptě. Její indikace však nebyly jen zdravotní, nýbrž zpočátku nábožensko-kultovní a společenské. Byly původně vyhrazeny jen šlechticům. Mezi další neduhy močových orgánů nejčastěji patřily močové kameny. O tom, že jimi lidstvo trpělo od pradávna, svědčí nálezy močových kamenů v mumích až 9000 let starých. Operace pro močové kameny však ve středověku neprováděli lékaři, ale lazebníci, pohodlní, ovčáci a dokonce kati a jejich pomocníci.

Urologie v té době nebyla samostatným oborem a neměla tedy samostatnou vědeckou sekci. Byla zařazena do sekce chirurgické. Ke zvratu došlo na schůzi výboru chirurgické sekce konané při příležitosti celostátní chirurgické vědecké konference

v Olomouci dne 6. června 1954. Urologie jako samostatný vědní obor a její vědecká společnost se zrodila na severní Moravě a není bez zajímavosti, že první tři předsedové samostatné Československé urologické společnosti pocházejí z Moravy.

Stres – původce nemoci

Veronika Pálková DiS, Lucia Šimalíková
Urologie Břeclav

Stres je funkční stav živého organismu, kdy je tento organismus vystaven stresorům a jeho následné obranné reakce, které mají za cíl zachování homeostázy a zabránit poškození nebo smrti organismu.

Stres v medicíně definujeme jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepříjemný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváním. Dělíme ho na eustres a distres.

Reakce na stres je nervové a hormonální řízení a mezi stresové faktory řadíme faktory fyzikální, psychické, sociální, traumatické a dětské.

Důsledkem dlouhodobého působení stresu je pak vyústění v nemoc. Jako u vět-

šiny chorob má i u stresu význam prevence. Nejznámějším pojmem v prevenci stresu je relaxace. Jde o metodu, která podporuje fyzický a duševní klid.

Močový a pohlavní systém kontra plísň – jiný úhel pohledu

Marie Schindlerová

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Plísňe nejsou zloduch, který nás napadá a sužuje. Jsou velmi důležitým přírodním elementem, který bude pro rovnováhu dějů v přírodě nezbytný i v té době, kdy třeba lidé zeměkouli již obývat nebudou.

Plísň je známo víc než 100 000 druhů. Nacházejí se prakticky všude, v potravinách, vzduchu, vodě, na kameni, stejně tak jako v botě nebo ústech.

Onemocnění Candidou se velmi špatně prokazuje, protože tato patří k běžným osídlencům našeho organismu a není tedy problém ji zjistit téměř u každého člověka.

Cílem přednášky je posluchače seznámit s vlivem plísňových toxinů, kdy vznikají nejen záněty urogenitálního traktu (záněty prostaty, varlat, močové trubice, pochvy, dělohy, močového měchýře). Ženy, vzhledem k vlhkému a teplému prostředí v pochvě, krátké močové trubici, hormonálními změnám při menstruaci, klimakteriu, těhotenství a také vlivu hormonální antikoncepce, jsou náchylnější na rozšíření plísni, a tím jejich pohlavní a močové orgány jsou ohroženější.

Ale plísňová onemocnění také přispívají ke vzniku psychických problémů, k chronicitě nemoci, k selhávání narušených orgánů.

Brusinky v urologii

Stanislava Hilšerová, Miroslava

Šefčíková, MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cílem přednášky je posluchače nejen seznámit s brusinkou jako plodem, ale podělit se o výsledky studie, která na naší klinice proběhla, a v neposlední řadě připomenout, že brusinka se nemusí používat jen v medicíně v podobě léků.

Brusinka je bohatým zdrojem vitaminů, bioflavonoidů a organických kyselin s osvědčeným a prospěšným účinkem na močové ústrojí. Napomáhá očistě močových cest, působí močopudně a má příznivý účinek při infekcích močových cest, patří mezi ovoce významně pozitivním způsobem ovlivňující náš organismus. Příznivě působí před začátkem a během menstruace, prospívá při kloubním revmatismu, obsahuje látky s antioxidačními účinky, bohatý obsah prospěšných látek posiluje přirozenou obranyschopnost organismu.

Ale cranberries (květ brusinky připomíná krk a hlavu ptáka jeřába (angl. crane – jeřáb), berries znamenají česky bobule) jsou nejenom zdravé, ale také velmi chutné jak ve studené, tak i teplé kuchyni, kde mají široké využití. V kuchyni se používají tři druhy brusinek, čerstvé, sušené či zpracované jako nektar.

Aplikace extraanatomických stentů jako řešení subrenální obstrukce lokálně pokročilého tumoru děložního čípku u mladé ženy

Marta Prokůpková, Iva Baumová

Urologické oddělení FN Ostrava

Progredující tumory v malé páni způsobují často subrenální obstrukci s následným řešením stenty, nefrostomiemi nebo zavedením extraanatomických stentů.

Autorky ve své práci popisují ošetřovatelsky zajímavou kazuistiku u pacientky s progredujícím tumorem děložního čípku, opakovaně hospitalizovanou na Urologickém oddělení FN Ostrava, u které bylo použito jako řešení subrenální obstrukce zavedení extraanatomických stentů.

Zacvičte si s inkontencí

MUDr. Soňa Hlavová

Urologická ambulance, Žamberk

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 máme typy, co je to mikční reflex, kdy není správně jednou spuštěné močení přerušovat. Nedílnou součástí konzervativní léčby je rehabilitace, pomůcky na cvičení a možnost jejich využití.

Hořčík – vliv na močový systém a jeho ochrana

Daniela Dopitová, Marie Schindlerová

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Rozsahem svého vlivu na lidský organizmus je magnezium „záračný prvek“. Přestože nepatří k mikroprvkům, esenciálním živinám, trpí dnes většina našich obyvatel jeho nedostatkem a hovoříme o něm často jako o prvku života. Je nezbytný pro vnitřní metabolickou rovnováhu

(homeostázi) a iontovou výměnu (metabolismus) vápníku, sodíku, draslíku a fosforu, právě tak, jako i pro metabolismus vitamínu C, bez něj člověk nemůže být zdravý.

Působí jako činitel antistresový, antitoxický, protialergický, protizánětlivý, chránící před ionizujícím zářením, regulující teplotu, povzbuzující fagocytózu a působící při tvorbě antitělísek a ochranných látek. Hořčík má vliv i na naše emoce. Zabraňuje pocitům úzkosti a snižuje vliv stresových situací. Patří mezi silné antidepresivní prostředky.

V přednášce se seznámíme s projevy nedostatku hořčíku nejen v urologii, kdy hořčík konzumovat, v jaké podobě a v jakém množství.

Všechno, co souvisí se systémem elektrických výbojů v organismu, vyžaduje trvalé zásobování hořčíkem. Biochemie učinila v poslední době gigantický pokrok a upoutává stále větší pozornost, zaměřenou na tento minerál, udržující nás při životě pomocí velice malých elektrických impulzů.

Fotodynamická diagnostika tumorů močového měchýře

Monika Čopfová, Alena Diváková

Urologické oddělení FN Ostrava

Fotodynamická diagnostika tumorů močového měchýře je vysoce účinná, efektivní a bezpečná metoda v diagnostice recidiv tumorů močového měchýře, která přesně určí hranice tumoru, umožňuje provést kompletní resekci maligní i premaligní tkáně.

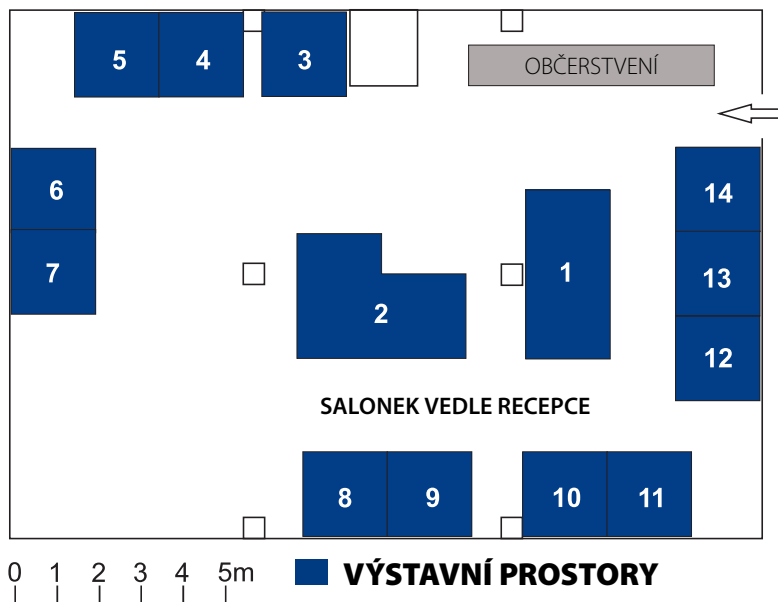
Autorky ve své prezentaci popisují metodu aplikace kyseliny 5 ALA, její účinek, na závěr shrnují výhody a nevýhody této nové diagnostické metody.

Rozmístění vystavovatelů

v Hotelu Dlouhé Stráně, Loučná nad Desnou

XIV. MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM

22.–23. 3. 2012



1. GlaxoSmithKline, s.r.o.
2. Herbacos Recordati s.r.o.
3. Olympus Czech Group, s.r.o., člen koncernu
4. Kimberly-Clark, s.r.o.
5. MEDIAL spol. s.r.o.
6. HOSPIMED, spol. s.r.o.
7. AUDIOSCAN, spol. s.r.o.
8. BTL zdravotnická technika, a.s.
9. BIOVIT IMPEX CO ČR, s.r.o.
10. Covidien ECE s.r.o., organizační složka
11. Nordicpharma
12. Berlin-Chemie/A. Menarini Ceska republika s.r.o.
13. FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.
14. Astelalas Pharma s.r.o.

UROREC® 8mg
Silodosin

Nová molekula
mezi
alfa-blokátory

Nykturie
Frekvence
Neúplné vyprázdnění

POCIT POHODY

PRO IDEÁLNÍ VÝSLEDEK v zápase proti BHP

BHP může být progresivním onemocněním, zvláště pokud se neléčí. Urorec (Silodosin) je alfa-blokátor s nejvyšší mírou uroselektivity. Zmírňuje nejvíce obtěžující symptomy BHP a zvyšuje úroveň kvality života pacientů.

Selektivita

Stabilní účinek

Snášenlivost

Zkrácená informace o přípravku Urorec

Název léčivého přípravku: Urorec 4mg tvrdé tobolky; Urorec 8mg tvrdé tobolky. **Složení léčivého přípravku:** Jedna tvrdá tobolka obsahuje 4 mg/8mg silodosinum, předbobtnalý (kukuřičný) škrob, mannitol (E421), magnézium-stearát, natrium-lauryl-sulfát, želatina, oxid titaničitý (E171), žlutý oxid železitý (E172). **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Recordati Ireland Ltd., Raheens East, Ringaskiddy Co. Cork, Irsko. **Indikace:** Léčba známek a příznaků benigní hyperplazie prostaty (BHP). **Dávkování a způsob užívání pro jednotlivé indikace:** Doporučená dávka je jedna tobolka přípravku Urorec 8mg denně. Pro zvláštní skupiny pacientů se doporučuje jedna tobolka přípravku Urorec 4mg denně (viz dále). U pacientů se středně závažnou poruchou funkce ledvin se doporučuje zahájit léčbu s dávkou 4mg jednou denně, která se může po jednom týdnu léčby zvýšit na 8mg. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Pro pacienty se závažnou poruchou funkce ledvin se nedoporučuje. U pacientů se závažnou poruchou funkce jater se nedoporučuje. **Významné interakce:** Inhibitory CYP3A4, inhibitory PDE-5, antihypertenziva. **Hlavní nežádoucí účinky:** Poruchy ejakulace jako retrográdní ejakulace a anejakulace (snížený objem ejakulátu nebo bez ejakulátu), s četností výskytu 23 %. Tento účinek zmizí během několika dnů po přerušení léčby, závrat, ortostatická hypotenze, ucpaní nosu, průjem, snížení libida, nevolnost, sucho v ústech, erektilní dysfunkce, synkopa, peroperační syndrom plovoucí duhovky. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Peroperační syndrom plovoucí duhovky, ortostatické účinky, porucha funkce ledvin, porucha funkce jater, karcinom prostaty. **Zvláštní požadavky na podmínky uchovávání:** Neuchovávejte při teplotě nad 30°C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **Datum první registrace:** 29. 1. 2010. **Registrační čísla:** EU/1/09/608/001-014. **Před předepsáním léku se seznamte se souhrnem údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

Podrobné informace získáte v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:

Herbacos Recordati s.r.o., Strossova 239, 530 09 Pardubice, tel.: +420 466 741 911, e-mail: recordati@recordati.cz

Krok kupředu v léčbě BPH

S úhradou od 1. 9. 2011



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 žluť (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 otevírat. **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 možností alternativní léčby, včetně monoterapie. Před zahájením léčby 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 výchozí hodnotě 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 zvýšení 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, dětí a mladistvých s prosakujícími tobolkami. Duodart obsahuje oranžovou žluť (E 110), která může způsobovat alergické reakce. **Fertilita:** Dutasterid



(dutasteridum 0,5 mg/tamsulosini hydrochloridum 0,4 mg, tvrdé tobolky)

Objevte rozdíl

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 znásození 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, závrátě. **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 první/prodloužení registrace:** 5. 5. 2010. **Datum poslední revize textu:** 5. 5. 2010. Lék je vázán na lékařský předpis a je 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 2.1. 2012.

Reference: **1)** SPC Duodart 2010

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



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline, s.r.o., Na Pankráci 17/1685; 140 21 Praha 4

Tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444

e-mail: gsk.czmail@gsk.com, www.gsk.cz