

15. ročník

# ***Moravského urologického sympozia***

**Suppl. A**

**2013**

ISBN 978-80-7471-020-9

Pořadatel:

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové  
a občanské sdružení Muž 21. století, o.s.

**21.–22. 3. 2013**

*Karlova Studánka, Lázeňský dům Libuše*



## ***Abstrakta***

15. ročník  
**Moravského  
urologického  
sympozia**

**21. – 22. 3. 2013 / Karlova Studánka**



Pořadatelé: Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové  
a občanské sdružení Muž 21. století, o.s.

**Hlavní partner**



**HERBACOS RECORDATI**

**Partneři**

**Amgen s.r.o.**

**APOGEPHA Arzneimittel GmbH**

**Astellas Pharma s.r.o.**

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

**COMESA, spol. s.r.o.**

**Covidien ECE s.r.o.**

**ELI LILLY ČR, s.r.o.**

**FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.**

**GlaxoSmithKline, s.r.o.**

**MEDIPUNKT s.r.o.**

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

**Pfizer, spol. s.r.o.**

**Rous Surgical s.r.o.**

**S. A. B. Impex, s.r.o.**

**VALOSUN a.s.**

**Mediální partneři**

**Urologie  
pro praxi**

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

**Pořadatel**

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové  
a občanské sdružení Muž 21. století, o.s.

**Záštit**

Děkan LF UK Hradec Králové –  
prof. MUDr. RNDr. Miroslav Červinka, CSc.

**Prezidenti**

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

**Programový výbor**

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.  
MUDr. David Ondra  
MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D.  
Mgr. Nataša Sochorová  
MUDr. Roman Staněk  
MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.  
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.  
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.  
MUDr. Karel Zita

**Organizátor**

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

**Kontaktní osoba:**

Ing. Petra Daňková  
585 242 502, 777 557 415, [petra.dankova@solen.cz](mailto:petra.dankova@solen.cz)

**Programové zajištění:**

Zdeňka Bartáková  
585 242 681, 777 557 416, [bartakova@solen.cz](mailto:bartakova@solen.cz)

---

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání  
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity  
pro lékaře a 8 kredity pro sestry.

Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská, [silberska@solen.cz](mailto:silberska@solen.cz)

Supplementum A časopisu Urologie pro praxi

Citační zkratka: Urolog. praxi 2013; 14(Suppl A)

**ISBN 978-80-7471-020-9**

# MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM

**Čtvrtek, 21. 3. 2013**

*Lékařská sekce*

**14.00**

**Zahájení**

**doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**

**14.15–15.25**

**Zprávy z doktorandského studijního programu**

**garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**

- Problematika diagnostiky renálního ložiska – MUDr. David Ondra (Uherské Hradiště)
- Výsledky pacientů po adrenalectomii pro primární hyperaldosteronismus – MUDr. Igor Hartmann (Olomouc)
- Operační léčba stresové inkontinence moči po radikální prostatektomii – chirurgická léčba – MUDr. Eva Burešová, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- Inkontinence po radikální prostatektomii – konzervativní léčba – Mgr. Zuzana Jurutková (Olomouc)
- Vliv PANCranu 1 500 mg na hormonálně naivní karcinom prostaty – MUDr. Vladimír Študent, jr. (Olomouc)
- Vývoj radionuklidových a ultrazvukových nálezů u pacientů po operaci kojenecké hydronefrózy – dlouhodobé výsledky – MUDr. Jan Šarapatka, MUDr. Oldřich Šmakal, CSc. (Olomouc)
- Kvalita života po radikální prostatektomii – MUDr. Marek Broul, MUDr. Jan Schraml (Ústí nad Labem)

**15.25–16.40**

**Trendy v léčbě LUTS**

**panel expertů: doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. (Hradec Králové)**

**doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**



- Silodosin v klinické praxi – zkušenosti z ČR a SR – MUDr. Milan Král, Ph.D. (Olomouc)
- Kombinovaná terapie BPH – Duodart teorie vs. klinická praxe – MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D. (Olomouc) **(přednáška podporovaná firmou GSK)**
- Novinky a budoucnost v léčbě symptomů dolních močových cest – MUDr. Michal Grepl, Ph.D. (Olomouc)
- Tadalafil v léčbě LUTS/BPH – MUDr. Aleš Horák (Ostrava)

16.40–17.15

PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM

**17.15–18.30****Moderní možnosti léčby karcinomu prostaty a jeho komplikací  
garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**

- Robotická radikální prostatektomie v roce 2013 – MUDr. Igor Hartmann (Olomouc)
- Problematika pozitivních okrajů při radikální prostatektomii – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- Chirurgická léčba veziko-rektální píštěle po radikální prostatektomii – doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., MUDr. Julius Orhalmi, MUDr. Josef Košina, MUDr. Michal Balík, MUDr. Petr Hušek, MUDr. Lukáš Holub, MUDr. Miroslav Louda, Ph.D., MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D. (Hradec Králové)
- Operační léčba stresové inkontinence moči po radikální prostatektomii – MUDr. Eva Burešová, MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D., MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- Nové možnosti hormonální léčby karcinomu prostaty – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)
- Novinky v léčbě kostního postižení u karcinomu prostaty – MUDr. Hana Procházková - Študentová (Olomouc)

**18.30–18.45****Slavnostní zahájení sympozia****18.45–19.00****Křest knihy „Radikální prostatektomie“ – doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.***Sesterská sekce***14.15–18.00****garantka Mgr. Nataša Sochorová**

- LERV – Litotrypse extrakorporální rázovou vlnou – Martina Drápalová, Martina Térová (Hradec Králové)
- Hemokultura – Bc. Vladislava Šenkýřová (Olomouc)
- Využití podtlakové terapie při léčbě nehojící se rány – Eva Hübnerová, Hana Galasová (Ostrava)

16.00–16.30

**PŘESTÁVKA S OBČERSTVENÍM**

- Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc – Marie Schindlerová (Olomouc)
- Zdravotní sestry a nemoci z povolání – Kateřina Novosádová (Olomouc)
- Tekutiny a lidský organizmus – Miroslava Šeřčíková, Stanislava Hlíšerová (Olomouc)
- Ošetřovatelská kazuistika u pacientky po derivaci moči s ortotopní náhradou – Renáta Dvorská, Petra Nováčková (Ostrava)
- Neinvazivní řešení inkontinence – MUDr. Soňa Hlavová

## Pátek, 22. 3. 2013

### Lékařská sekce

**8.00–10.50**

#### Pracovní snídaně, kazuistiky rezidentů

**garanti prof. MUDr. Jan Dvořáček, Ph.D. (Praha), MUDr. Milan Král, Ph.D. (Olomouc)**

- Hydrocele congenita bilateralis magna – MUDr. Martina Novotná (Hradec Králové)
- Cystická dysplazie rete testis varlete u novorozence –  
MUDr. Peter Kuliaček, MUDr. Jana Dědková, MUDr. Hadži Nikolov Dimitar, Ph.D.
- Útvar na perineu – perineální ektopie třetího varlete nebo ultrazvukový hoax? –  
MUDr. Jan Šarapatka, MUDr. Oldřich Šmakal, CSc., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- Zkřížená dystopie ledviny zleva doprava –  
MUDr. David Hradil, MUDr. Zdeněk Mucha (Olomouc)
- Cystický nefrom ledviny – MUDr. Jan Pokorný, FEBU, MUDr. Zdeněk Otava,  
doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D., MUDr. Eva Kindlová, MUDr. Ludmila Loukotová,  
doc. MUDr. Tomáš Jirásek, Ph.D., prof. MUDr. Václav Mandys, CSc. (Praha)
- Resekce třech tumorů solitární ledviny při zachování renálních funkcí –  
MUDr. František Hruška, MUDr. Igor Hartmann (Olomouc)
- Rychle progredující uroteliální tumor pánevní levé ledviny s trombózou renální žíly –  
MUDr. Barbora Látalová, MUDr. Michal Grepl, Ph.D., MUDr. Filip Čtvrtlík (Olomouc)
- Průběh onemocnění u 4 pacientů s metastatickým Ca ledviny léčených biologickou  
léčbou – MUDr. Eva Poláčková, MUDr. Karel Zita, MUDr. Iva Jakabovičová,  
MUDr. Osvald Celman, MUDr. Iveta Lašková (Břeclav)
- Naše zkušenosti s konzervativním řešením traumat ledvin –  
MUDr. Andrea Onderková, MUDr. Roman Staněk (Opava)
- Metastázy karcinomu prostaty a karcinomu močového měchýře do penisu –  
MUDr. Petr Dolák (Nový Jičín)
- Svalovinu infiltrující malobuněčný karcinom močového měchýře léčený extenzivní  
transuretrální resekcí a chemoterapií – MUDr. Jan Pokorný, FEBU,  
MUDr. Jan Poch, doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D., MUDr. Eva Kindlová,  
MUDr. Ludmila Loukotová, MUDr. Lidmila Koldová, MUDr. Vojtěch Kolín,  
prof. MUDr. Václav Mandy, CSc. (Praha)
- Netytický průběh tumoru varlete – MUDr. Jan Tomášek, MUDr. Miroslav Louda, Ph.D.,  
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. (Hradec Králové)
- Paratestikulární rabdomyosarkom – MUDr. Ľubica Lahová (Havířov)
- Maligní priapismus u lokálně pokročilého uroteliálního karcinomu močového měchýře –  
MUDr. Jiří Špaček, MUDr. Pavel Navrátil, CSc., doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. (Hradec Králové)

- Gynekologická onemocnění jako příčina obstrukce horních močových cest –  
MUDr. Eva Poláčková, MUDr. Karel Zita, MUDr. Iva Jakabovičová,  
MUDr. Osvald Celman (Břeclav)
- Raritní nález dislokace biliárního stentu z terminálního ilea do močového měchýře –  
MUDr. Slavomír Vachata, doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., MUDr. Lukáš Holub,  
MUDr. Jiří Špaček (Hradec Králové)
- OAB jako komplikace hyperkorekce slingové operace stresové inkontinence –  
MUDr. Vladimír Študent, jr. (Olomouc)

10.50–11.00

PŘESTÁVKA

**11.00–12.00****Moderní trendy léčby litiázy****garant doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. (Hradec Králové)**

- Radiologická diagnostika urolitiázy – MUDr. Filip Čtvrtlík (Olomouc)
- Indikace LERV u urolitiázy – MUDr. Šárka Kudláčková (Olomouc)
- Místo URS v léčbě litiázy – MUDr. Milan Král, Ph.D. (Olomouc)
- Metafylaxe urolitiázy 2013 – MUDr. Pavel Rajmon, MUDr. Zdeněk Mucha (Olomouc)

**12.00–12.50****Diagnostika kacinomu prostaty – nové možnosti****garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**

- Tkáňová analýza - histoscanning v detekci karcinomu prostaty –  
doc MUDr. František Zátura, Ph.D. (Olomouc), MUDr. Petr Klézl (Praha)
- Močové markery – MUDr. Milan Král, Ph.D. (Olomouc)
- Magnetická rezonance prostaty – MUDr. Filip Čtvrtlík (Olomouc)
- Vývoj operativy na Urologické klinice FN Olomouc v roce 2012 –  
MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D. (Olomouc)

**12.50–13.00****Předání cen za tři nejlepší sdělení rezidentů****doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**

13.00–14.00

OBĚD

**14.00–15.30****Take home message****doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. (Olomouc)**

## Zprávy z doktorandského studijního programu

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

čtvrtek / 21. 3. 2013 / 14.15–15.15

### 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 pokouší se zpřesnit diagnostiku renálních lézí a odlišit ložiska intersticiální nefritidy a benigní komplikované cysty od maligního tumoru ledvin. Retrospektivně hodnotí soubor pacientů vyšetřených na našem pracovišti s CT nálezem renálního ložiska za poslední 5 let s důrazem na malá ložiska nejasné etiologie.

### Výsledek pacientů po adrenalektomii pro primární hyperaldosteronismus

MUDr. Igor Hartmann

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Úvod:** Primární hyperaldosteronismus je onemocnění vyvolané hypersekrecí hormonu aldosteronu v kůře nadledvin.

**Pacienti a metody:** Byla provedena retrospektivní analýza údajů pacientů, kteří prodělali adrenalektomii na Urologické klinice FN Olomouc pro primární hyperaldosteronismus.

**Výsledky:** V letech 2000–2011 byla na Urologické klinice FN Olomouc provedena adrenalektomie pro hyperaldosteronismus u 62 pacientů. Jednalo se o 36 (58%) žen a 26 (42%) mužů. Průměrný věk operovaných byl 58 let (34–79 let). Pacienti byli před stanovením diagnózy hyperaldosteronismu sledováni a léčeni pro hypertenzi v průměru 150 (12–600) měsíců. Před indikací adrenalektomie užívali v průměru 3,2 (0–7) druhů antihypertenziv. Jejich průměrné BMI bylo 30,52 (20–42). Průměrný podíl aldosteronu (ALD)/plazmatická reninová aktivita (PRA) byl 272,24 (24,9–1 484). U 54/62 (87%) byla prokázána hypokalemie. U 58/62 (94%) bylo předoperačně provedeno CT vyšetření, u 4/62 (6%) MRI. V 37/62 (60%) byl popsán obraz unilaterálního adenomu, u 11/62 (18%) unilaterální hyperplazie, u 5/62 (8%) bilaterální adenom, u 3/62 (5%) bilaterální hyperplazie, u 6/62 byl nález negativní. Selektivní katetrizace suparenálních žil (AVS) byla provedena u 36/62 (58%) pacientů. Průměrný stranový poměr sekrece ALD/PRA byl 7,613 (1,44–41). Adrenalektomie laparoskopicky byla provedena



v 59/62 (95 %) případech, ani v jednom případě nebylo nutné přistoupit ke konverzi. Otevřená adrenalektomie byla provedena ve 3/62 (5 %) případech. Nejčastěji byla v histologickém nálezu zastoupena hyperplazie 31/62 (50%), adenom byl prokázán ve 26/62 (42%), 1/62 (2%) adenom na pozadí mikronodulární hyperplazie, 2/62 (4%) myelolipom, 1/62 (2%) feochromocytom, 1/62 (1%) karcinom. Ze studie byli vyřazeni pacienti s prokázaným karcinomem nadledviny, feochromocytomem a myelolipomem. Devět pacientů uniklo pooperačnímu sledování. Kompletní výsledky sledování po dobu jednoho roku pooperačně tak byly získány od 51 pacientů. Za 12 měsíců 17/52 (33%) pacientů antihypertenziva kompletně vysadilo, 25/52 (49%) pacientů antihypertenziva redukovalo, u 9/52 (18%) pacientů nebyl zaznamenán klinický efekt. Jestliže předoperačně medikovali pacienti v průměru 3,16 typů farmak, 12 měsíců po operaci 1,54.

**Závěr:** Primární hyperaldosteronismus vyvolaný jednostrannou hypersekrecí aldosteronu je chirurgicky léčitelné onemocnění s velmi vysokou úspěšností. Klinický efekt byl v našem souboru zaznamenán u 82 % pacientů.

## **Operační léčba stresové inkontinence moči po radikální prostatektomii**

**MUDr. Eva Burešová,  
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.  
Urologická klinika FN a LF UP Olomouc**

Karcinom prostaty ve výskytu patří na přední příčky nejčastějších nádorových onemocnění u mužů. V posledních letech se stále více zdokolaňuje léčba tohoto onemocnění. Pokud se jedná

o onemocnění lokalizované, nejlepší onkologické výsledky jsou dosaženy po radikální prostatektomii. Tato léčba s sebou bohužel přináší možné dlouhodobé následky, které se naštěstí vyskytují jen v malé míře a závisí především na zvolené operační technice a zkušenostech operátora. I když peroperačně nedochází k poškození svěrače, může u pacientů vzniknout postprostatektomická inkontinence moči, která potom nejvíce ovlivňuje kvalitu jejich života. Proto jsem se ve svém doktorandském studijním programu zaměřila na tuto problematiku a možnosti, jak se dá zlepšit jednak diagnostika, ale hlavně chirurgická léčba postprostatektomické inkontinence.

## **Inkontinence po radikální prostatektomii – konzervativní léčba** **Mgr. Zuzana Jurutková** **Urologická klinika FN a LF UP Olomouc, Kineziologická laboratoř – oddělení rehabilitace FN Olomouc**

**Úvod:** Spolu s narůstajícím počtem diagnostikovaných onemocnění stoupá množství pacientů trpících tzv. PPI (postprostatectomy inkontinence). Ve většině případů se jedná o stresovou inkontinenci, způsobenou poruchou rovnováhy mezi proximálním a distálním svěračovým mechanismem a svaly pánevního dna, které jsou v přímé souvislosti s napětím a schopností kontrakce distálního sfinkteru.

**Cíl:** Zhodnotit vliv komplexní rehabilitační péče s využitím polyEMG biofeedbacku na míru PPI po radikální prostatektomii a efekt předoperační edukace těchto pacientů a dále posoudit míru PPI v závislosti na svalové aktivitě vybraných svalových skupin.

**Metoda:** V rámci pilotního výzkumu byly srovnány skupiny pacientů po radikální prostatektomii – 1. skupina probandů absolvujících hospitalizaci na rehabilitačním oddělení (komplexní posturální trénink, aktivace svalů pánevního dna, EMG biofeedback + edukace), 2. skupina probandů absolvovala ambulantní terapii v průběhu 3 týdnů po RAP a 3. skupinu tvořili pacienti se stejnou pooperační péčí, kteří ale prošli předoperační edukací. U všech bylo provedeno vyšetření povrchovou elektromyografií k objektivizaci svalové aktivity a zjištění funkčního vztahu vybraných svalů k funkcí pánevního dna a PPI. Dalšími posuzovanými faktory byly erektilní funkce (hodnoceno IIEF), subjektivní spokojenost pacienta (formou dotazníku), data vymizení obtíží v závislosti na poloze a počet používaných urologických vložek.

**Výsledky:** Komplexní rehabilitační péče, zahrnující předoperační přípravu a pooperační terapii s využitím EMG biofeedbacku, se zatím jeví jako efektivní konzervativní intervence k redukci PPI u pacientů po radikální prostatektomii. V příspěvku budou prezentovány průběžné výsledky pilotní studie.

### **Vliv PANCranu 1 500 mg na hormonálně naivní karcinom prostaty**

MUDr. Vladimír Študent, jr.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Úvod:** Plody Klikvy velkoplodé (Vaccinium Macrocarpon) byly v tradiční medicíně severoamerických indiánů využívány k ochraně a léčbě onemocnění urogenitálního traktu. Byl již prokázán příznivý efekt na LUTS, BPH a infekce močových cest.

**Materiál a metoda:** Ve své práci se zabývám efektem Vaccinium Macrocarpon na tkáň hormonálně naivního karcinomu prostaty, na hladinu PSA a močové markery (PCA3, AMACR, MSBM, TRPM8).

**Závěr:** Ve studiích již byl prokázán jistý efekt na tkáňové kultury in vivo, klinické studie na pacientech s diagnostikovaným CaP zatím na rozdíl od jiných fytopreparátů nebyly publikovány.

### **Vývoj radionuklidových a ultrazvukových nálezů u pacientů po operaci kojenecké hydronefrózy – dlouhodobé výsledky**

MUDr. Jan Šarapatka,

MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

V současnosti je většina vrozených vývojových vad urotraktu zachycena při prenatalním nebo postnatálním screeningovém ultrazvukovém (UZ) vyšetření jako asymptomatická dilatace kalichopánvičkového systému (KPS) v 0,6–4,5 %. Během postnatálního sledování se v přibližně 50 % dilatace KPS spontánně upraví, u zbývajících pacientů je nutno vyloučit závažnou poruchu odtoku moči, která by mohla ohrozit vývoj ledviny a vést k postižení její funkce. Nejčastější příčinou dilatace KPS je porucha odtoku moči v pelviureterální junkci (PUJ). Většina autorů uvádí, že v průběhu sledování je pro vývoj urodynamicky významné obstrukce PUJ u klinickou symptomatologii operováno průměrně 20–25 % dětí. Stále se hledá optimální vyšetřovací postup, který by co nejméně zatížil dítě a zavčas odhalil rizikový stupeň dilatace s nutností operace. Jednou z možností hodnocení závažnosti ob-

strukce PUJ je i posouzení dlouhodobého vývoje ultrazvukových a radionuklidových ukazatelů obstrukce u ledviny po provedené pyeloplastice.

V prospektivní studii sledujeme soubor 115 kojenců (76 chlapců, 39 dívek), u kterých byla ve FN OL v letech 2004–2011 provedena pro závažnou obstrukci PUJ pyeloplastika. Hodnotíme předoperační ultrazvukové a scintigrafické nálezy, etiologii, výskyt dalších přidružených vývojových vad urotraktu, záchyt symptomatické močové infekce. Klinický průběh a vývoj monitorovaných ukazatelů hodnotíme 1., 2. a 3. rok po výkonu.

Z již získaných předoperačních údajů připravujeme publikace věnované otázce podávání ATB profylaxe před operací a nutnosti provádění mikč-ní cystourethrografie před resekční pyeloplastikou.

## **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 2008–2012 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 tito 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 2012 provedli celkem 2 951 biopsií prostat. 894 z nich bylo pozitivních (30,29%). Od 22. 8. 2008 (1. dVP na našem pracovišti) do 31. 12. 2012 jsme provedli celkem 779 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 65 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 65 let.

## Trendy v léčbě LUTS

panel expertů doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

čtvrtek / 21. 3. 2012 / 15.25–16.40

### Silodosin v klinické praxi – zkušenosti z ČR a SR

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Benigní hyperplazie prostaty (BPH) je multifaktoriální onemocnění, jehož léčba je v první linii farmakologická. K dispozici máme v běžné klinické praxi preparáty ze skupiny  $\alpha$ -blokátorů a inhibitorů 5- $\alpha$  reduktázy, v mono- či kombinované terapii.

Principem působení  $\alpha$ -blokátorů je potlačení  $\alpha_1$ -adrenergní aktivity. Zatímco  $\alpha$ -blokátory nižších generací nebyly uroselektivní a jejich užívání vedlo k častým nežádoucím účinkům charakteru ortostatické hypotenze, synkopám a slabostem, postupem času byly vyvíjeny nové typy uroselektivních molekul. Na  $\alpha_{1A}$ -adrenergní receptory působí tamsulosin, který má sice minimalizovány nežádoucí centrální účinky na kardiovaskulární systém, může však vést k syndromu vlající duhovky (tzv. Intraoperative Floppy Iris Syndrome) u pacientů podstupujících operaci pro kataraktu.

Nejnovější molekulou pak je silodosin. Tento preparát se vyznačuje vysokou afinitou a selektivitou k  $\alpha_{1A}$ -adrenergním receptorům a naopak velmi nízkou afinitou k  $\alpha_{1B}$  receptorům. Z tohoto důvodu je míra výskytu ortostatické hypotenze prakticky identická s placebem (1,2 % vs. 1,0 %). Účinnost silodosinu je prokázána v ovlivnění irita-

tivních symptomů i obstrukční mikce související s BPH, což bylo prokázáno v řadě studií – hodnoceno jednak dle IPSS (International Prostate Symptom Score), tak i dle postmikčního reziduálního moči v měchýři a dle urodynamických parametrů při uroflowmetrii (UFM). Účinek medikace nastupuje již během několika hodin po užití první dávky a je dlouhodobý. Přímé komparativní studie s jiným  $\alpha$ -blokátorem prokázaly časnější nástup a lepší odezvu v IPSS a v průtokových parametrech při UFM. Z nežádoucích účinků udávaných pacienty bývá zmiňována reverzibilní retrogradní ejakulace až anejakulace ustupující během několika dní po přerušení/ukončení léčby, a dále obdobně jako u tamsulosinu možný syndrom vlající duhovky. Silodosin (Urorec®) je užíván v dávce 4 a 8 mg jedenkrát denně. S ohledem na účinnost je silodosin možno podávat pacientům se středně těžkými a dokonce i těžkými symptomy dolních močových cest v souvislosti s BPH.

V přednášce prezentujeme vlastní zkušenosti s užíváním silodosinu u našich pacientů.

### Kombinovaná terapie BPH – Duodart teorie vs. klinická praxe

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Farmakologická léčba zaujímá významné místo při řešení benigní hyperplazie prostaty (BHP).

V posledních letech je možné sledovat zvýšení významu kombinační farmakologické léčby BHP. K nejčastějším typům kombinační léčby patří  $\alpha$ -blokátory (antagonisté  $\alpha$ -adrenoreceptorů) a inhibitory 5- $\alpha$ -reduktázy (5ARI). Výhodou  $\alpha$ -blokátorů je jejich rychlý nástup účinku, u 5ARI byl prokázán vliv na progresi benigní hyperplazie prostaty (změnění velikosti prostaty, snížení rizika retence moči, potřeby operačního řešení). U kombinační léčby bylo 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 (středně závažnými symptomy BHP, objem prostaty  $\geq 30$  ml a PSA  $\geq 1,5$  ng/ml).

U kombinační léčby lze ale očekávat mimo zvýšený léčebný efekt i nárůst nežádoucích účinků léčby, což může vést i k neopodstatněným obavám z nasazení této terapie. V přednášce je podán přehled o těchto nežádoucích účincích dle dat z publikovaných studií (CombAt) a jejich porovnání s vlastními zkušenostmi s léčbou a s výskytem nežádoucích účinků kombinační léčby ( $\alpha$ -blokátory s 5ARI) na Urologické klinice FN a LF UP Olomouc.

## **Novinky a budoucnost v léčbě symptomů dolních močových cest**

MUDr. Michal Grepl, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Etiologie symptomů dolních močových cest (lower urinary tract symptoms – LUTS) je multifaktoriální, není již automaticky spojována s problémem zvětšené prostaty. Po vyšetření je pacientům možno nabídnout řadu léčebných způsobů – konzervativní, medikamentózní nebo chirurgický přístup.

Hyperaktivní měchýř (over active bladder – OAB) patří mezi symptomy dolních močových cest. V Evropě se během života asi 17 % dospělé populace potká s těmito potížemi. Perorální antimuskarinika jsou v současné době metodou volby při léčbě OAB. U části pacientů však nenastoupí optimální efekt léčby nebo mají antimuskarinika nežádoucí účinky. Vzhledem k absenci jiné skupiny léčebných látek jsou tito pacienti s léčbou nespokojeni nebo ji přerušují.

Agonisté  $\beta_3$ -adrenoceptor vyvolávají relaxaci detruzoru, která se projevuje pouze v uskladňovací fázi mikčního cyklu. To zvyšuje kapacitu močového měchýře.

Mirabegron jako zástupce nové třídy léčiv pro terapii OAB je aktivní, selektivní agonista  $\beta_3$ -adrenoceptor, snižuje frekvenci kontrakcí detruzoru v průběhu plnění fáze bez ovlivnění amplitudy stahu močového měchýře při mikci. V rozsáhlých studiích III. fáze mirabegron prokázal vysokou účinnost na symptomy OAB a zaznamenal signifikantní redukcí počtu epizod urgencye, urgentní inkontinence a frekvence močení. Bezpečnostní profil byl srovnatelný s placebem.

## **Tadalafil v léčbě LUTS/BPH**

MUDr. Aleš Horák

ANDROPHARM medical s.r.o., Ostrava

Evropská léková agentura schválila v říjnu 2012 novou indikaci léku Cialis (tadalafil) 5 mg: a to – kromě již schválené indikace léčby erektilní dysfunkce – nově i léčbu známek a příznaků dolních močových cest způsobených benigní hyperplazií prostaty (BPH).

Během posledních více než 10 let se významně změnil jak pohled, tak i přístup k erektilní dys-

funkci (ED). Dříve byla ED vnímaná jako situační selhání, dnes je ED považována za chronické onemocnění, které je možno snadno a efektivně léčit, a to tadalafillem v dávce 5 mg denně, který je díky svým farmakologickým vlastnostem jediným registrovaným lékem (a to nejen ze skupiny selektivních inhibitorů fosfodiesterázy 5) indikovaným k dlouhodobě denní terapii ED.

Epidemiologické studie u mužů středního věku publikované během posledních 10 let prokázaly významnou souvislost mezi symptomy dolních močových cest a ED (téměř polovina mužů se symptomy dolních močových cest trpí i ED). Recentně publikované studie poukazují na možný

společný patofyziologický mechanismus vedoucí ke vzniku obou těchto onemocnění. Symptomy dolních močových cest a ED patří mezi onemocnění, se kterými se urolog v běžné denní praxi setkává nejčastěji: ne vždy ale cíleně po příznacích obou těchto onemocnění u pacienta pátrá.

Schválení selektivního inhibitoru fosfodiesterázy 5 tadalafilu v dávce 5 mg denně na léčbu známek a příznaků dolních močových cest spojených s BPH představuje po více než 20 letech novou skupinu léků určených k léčbě známek a příznaků spojených s BPH a navíc je jediným registrovaným lékem s indikací léčby jak ED, tak i symptomů dolních močových cest způsobených BPH.

## Moderní možnosti karcinomu prostaty a jeho komplikací

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

čtvrtek / 21. 3. 2013 / 17.15–18.30

### Robotická radikální prostatektomie v roce 2013

MUDr. Igor Hartmann

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Úvod:** Roboticky asistovaná chirurgie (RACH) či da Vinci chirurgie se od roku 1999, kdy došlo k prvním instalacím robotických systémů, trvale rozvíjí. Robotická radikální prostatektomie je nejčastější robotickou operací. Na Urologické klinice FN Olomouc byl robotický systém instalován v roce 2009. V letech 2009–2012 bylo provedeno 492 robotických prostatektomií a tato technika tak předčila počet klasických radikálních retropubic-

kých prostatektomií (RRP), kterých bylo ve stejném období provedeno 263.

**Metody:** Po provedení prvních 200 RoRP byla retrospektivně vyhodnocena data pacientů a následně srovnána s kohortou posledních 200 pacientů po RRP.

**Výsledky:** U RoRP bylo dosaženo nižší pooperační krevní ztráty (RRP 700 ml, RoRP 180 ml), nižší míry komplikací dle Clavienovy klasifikace, u pT2 nádorů bylo dosaženo nižší míry pozitivních chirurgických okrajů (12 % RoRP, 16 % RRP). Celkově byla inkontinence močová 6 měsíců po operaci zaznamenána v 16,6 % po RRP a 10,1 % po RoRP.

**Závěr:** Robotická radikální prostatektomie je na Urologické klinice FN Olomouc běžně prováděným a dostupným výkonem s dobrými výsledky.

## **Problematika pozitivních chirurgických okrajů při radikální prostatektomii**

**doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.**  
**Urologická klinika FN a LF UP Olomouc**

**Úvod:** Pozitivní chirurgické okraje po radikální prostatektomii jsou považovány za nezávislý rizikový faktor možné nádorové progresi karcinomu prostaty.

Dle Guidelines EAU 2012 jako pozitivní označujeme takové okraje, kdy se nádorové buňky přímo dotýkají barvy na okraji resekátu. Jako negativní označujeme ty, kdy nádorové buňky jsou v blízkosti barveného okraje nebo takové, kdy jsou nádorové buňky na okraji neobarveného vzorku.

Přesné posouzení chirurgických okrajů nemusí být možné, pokud je tkáň resekátu příliš zhmožděná s artefakty (nejčastěji při apexu prostaty).

Pozitivní chirurgické okraje jsou nezávislým ukazatelem možné progresi nádoru na stagingu a také neznamenají, že došlo k extraprostatické expanzi nádorových buněk.

Není dostatek důkazů o vztahu rozsahu positivity chirurgických okrajů a riziku rekurence. Nicméně, nějakou prediktivní hodnotu má rozsah v milimetrech a multifokalita.

**Materiál a metoda:** V ideálním světě, po radikální prostatektomii, by patolog zaslal triumfální zprávu lékařů: „Díval jsem se na prostatickou tkáň odstraněnou z pana Nováka a všechny okraje jsou bez nádorových buněk. Gratulujeme, odstranili jste všechny rakovinné buňky!“

Bohužel se však stává, že v lékařské zprávě je nálezní – okraje odstraněného nádoru – jsou „pozitivní“, což znamená, že obsahují rakovinné buňky, nebo jsou „blízko“, což znamená rakovina je jen o vlásek od okraje vzorku. I když chirurgické okraje jsou pozitivní, nemusí to nutně znamenat biochemickou progresi. Jak je to možné? „Existuje několik různých vysvětlení proč, když okraje jsou pozitivní, může být nádor přesto vyléčen“, říká prof. Epstein. „Jedním z nich je, že linie řezu šla napříč několika posledními nádorovými buňkami“, že to, co se zdá být zbývající rakovina, je vlastně průřez obvodu nádoru. „A i když to vypadá, že je to pozitivní okraj, opravdu nic nezbylo v pacientovi.“

Dalším vysvětlením je, že během operace dojde k ovlivnění – mechanickému poškození tkáně i v oblasti kolem řezu. Rovněž při operaci dochází k přerušení krevního zásobení tkáně, tam kde není krevní zásobení, je mrtvá tkáň, a to může zničit několik posledních nádorových buněk, které by byly během výkonu zanechány.

Tedy když patologové hlásí pozitivní okraje, nemusí to nutně znamenat, že tito pacienti potřebují bezprostředně nějakou jinou formu léčby, jakou je adjuvantní radioterapie.

Samozřejmě je však nutné pravidelně sledovat tyto pacienty pomocí PSA. Za průkaz biochemické recidivy po radikální prostatektomii je považováno nejméně 2× naměření 0,2 ng/ hladiny PSA nebo vyšší.

Rovněž bylo prokázáno, že PSA hladina mezi 0,1 ng/mL a 0,2 ng/mL po radikální prostatektomii neznámá ani klinickou či biochemickou recidivu (Schild SE). Proto užití ultra-sensitive PSA se nedoporučuje pro rutinní sledování po radikální prostatektomii (Taylor JA III, Koff SG, Dauser DA, et al.

The relationship of ultrasensitive measurements of prostatespecific antigen levels to prostate cancer recurrence after radical prostatectomy. *BJU Int* 2006 Sep; 98 (3): 540–3; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925750>, EAU Guidelines 2012).

**Závěr:** Urologové provádějící radikální prostatektomie prezentují své výsledky jako měřítko své onkologické úspěšnosti v procentu dosažených pozitivních okrajů. Toto procento má samozřejmě význam uvádět jen u pacientů s pT2.

Nejlepší výsledky 2,5% pozitivních okrajů uvádí Patel VR, který provádí robotické radikální prostatektomie, Scardiono provádějící retropubické radikální prostatektomie prezentuje 5,9% a Touijer K ve své sérii laparoskopických radikálních prostatektomií dosáhl 7,7% pozitivních okrajů.

Dlužno však dodat, že procento dosažených okrajů nemusí vždy znamenat velmi úspěšného chirurga, neboť asi nejvíce jsme při hodnocení pozitivních okrajů závislí na zodpovědnosti a pečlivosti patologa.

## Chirurgická léčba veziko-rektální píštěle po radikální prostatektomii

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.<sup>1</sup>,

MUDr. Julius Orhalmi<sup>2</sup>,

MUDr. Josef Košina<sup>1</sup>, MUDr. Michal Balík<sup>1</sup>,

MUDr. Petr Hušek<sup>1</sup>, MUDr. Lukáš Holub<sup>1</sup>,

MUDr. Miroslav Louda, Ph.D.<sup>1</sup>,

MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologická klinika FN a LF UK

Hradec Králové

<sup>2</sup>Chirurgická klinika FN a LF UK

Hradec Králové

**Úvod:** Veziko-rektální píštěl po radikální prostatektomii je vzácnější, ale závažnou komplikací.

Cílem práce je prezentovat vlastní zkušenosti s různými metodami léčby této komplikace.

**Soubor a metoda:** Byl hodnocen soubor 8 pacientů s iatrogenní veziko-rektální píštělí po radikální prostatektomii. Pět pacientů podstoupilo laparoskopickou radikální prostatektomii (LRP) a 3 otevřenou retropubickou prostatektomii. U 4 pacientů po LRP byla provedena okamžitá peroperační sutura stěny rekta. Dále měli pacienti 5 dnů parenterální výživu a 7 dnů antibiotickou léčbu. Jeden pacient měl diagnostikovanou píštěl až 5. pooperační den a byl léčen endoskopickým klipem OVESCO. Jeden pacient po otevřené RP byl z našeho pracoviště, dva pacienti byli na naše pracoviště doporučení. Jeden pacient podstoupil neúspěšnou endoskopickou terapii klipem OVESCO. Všichni pacienti podstoupili otevřenou operaci York-Mason provedenou ve spolupráci s chirurgickou klinikou.

**Výsledky:** Peroperační sutura veziko-rektální píštěle při laparoskopické radikální prostatektomii byla vždy úspěšná. U jednoho pacienta s diagnostikovanou píštělí 5. pooperační den byla úspěšná endoskopická léčba klipem OVESCO. Jeden pacient s rektovезikální píštělí po retropubické prostatektomii byl neúspěšně léčen OVESCO klipem. Všichni pacienti podstoupili otevřenou operaci dle York-Masona, která byla provedena ve spolupráci s Chirurgickou klinikou. U všech pacientů byla operační léčba úspěšná. Nejzávažnější komplikací byl perianální absces.

**Závěr:** Bezprostřední peroperační sutura veziko-rektální píštěle zjištěné peroperačně je vysoce efektivní. Endoskopická léčba OVESCO klipem je úspěšná u drobné píštěle. Léčba rozsáhlejší píštěle prezentované po delším odstupu od operace je komplikovaná. Jako vysoce účinná se jeví otevřená operace dle York-Masona.



## **Operační léčba stresové inkontinence moči po radikální prostatektomii**

MUDr. Eva Burešová, MUDr. Jaroslav Perníčka, Ph.D., MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.  
Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Úvod:** Narůstající počet provedených radikálních prostatektomií (RP) během posledních let vede k pozvolna zvyšujícímu se celkovému počtu pacientů trpících inkontinencí po operaci. Dle různých publikací se uvádí až 14 % střední nebo těžké inkontinence po RP. Existuje mnoho možností chirurgického řešení tohoto problému. Autoři ve svém sdělení popisují přehled možností řešení posprostatektomické inkontinence a sdělují své první zkušenosti se systémem ATOMS (Adjustible TransObturator Male System).

**Metoda:** V období od května 2011 až do října 2012 jsme provedli 9 implantací systému ATOMS. Indikace k operaci byla aspoň 1 rok trvající stresová inkontinence moči u pacientů po RP onkologicky stabilizovaných. Před operací byla každému pacientovi provedena panendoskopie, uroflowmetrie se sonografickým změřením postmikčního rezidua a analýza mikčního deníku. Kontraindikací k výkonu byla neléčená infekce moči, nemožnost volní kontrakce sfinkteru při panendoskopii, významné postmikční reziduum a biochemická progresse nemoci. V našem souboru se neobjevil ani jeden nemocný po adjuvantní radioterapii, která ale není kontraindikací k implantaci.

**Výsledky:** Peroperačně ani v pooperačním období se nevyskytly závažné komplikace. Po odstranění katétru (2. poop. den) bylo u 3 z 9 pacientů dosaženo plné kontinence bez

potřeby doplňování systému. U zbývajících nemocných byla nutná v časovém odstupu úprava náplně systému.

**Závěr:** Implantace systému ATOMS je bezpečným způsobem léčby inkontinence po RP. V našem malém souboru byl úspěšný u všech pacientů, bez výskytu závažných komplikací. Hlavní výhodou je nastavení systému dle potřeb pacienta.

## **Nové možnosti hormonální léčby karcinomu prostaty**

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.  
Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Úvod:** Současné možnosti hormonální léčby pokročilého karcinomu prostaty jsou operační – bilaterální orchiektomie; medikamentózní – léčba estrogeny (nepoužívaná pro kardiotoxicitu), LHRH agonisté, LHRH antagonisté a antiandrogeny.

**Materiál a metoda:** Cílem hormonální léčby je dosažení kastracní hodnoty testosteronu. Dle současných doporučení je kastracní hladina 50 ng/dl (1,7 mmol/l), nově je prosazována 20 ng/dl (0,7 mmol/l). Po aplikaci LHRH agonisty dochází k dočasnému vzestupu LHRH, FSH a LH a testosteronu. Při dlouhodobém podávání dochází k supresi LH a testosteronu, FSH suprese není trvalá. Mechanismus účinků LHRH antagonistů – vzniká besprostřední suprese LHRH, FSH, LH a testosteronu. Při dlouhodobém podávání tato suprese přetrvává. Při terapii LHRH agonisty dochází na počátku k flare up fenoménu, tj. přechodnému vzestupu hladiny testosteronu. Klinicky se až u 11 % pacientů vyskytuje přechodné zhoršení urologických potíží, zhoršení kostních bolestí se zvýšeným rizikem kostních komplikací. Ve studii Bertranda Tombala

byla prokázána lepší kontrola PSA u Degarelixu (LHRH antagonist) než Leuprolidu (LHRH agonista), ve studii Crawforda delší přežití bez PSA progresu. U Degarelixu byla rovněž prokázána dlouhodobější suprese FSH, což má pravděpodobně vliv na progresi PSA. Dále při dlouhodobém sledování (více než 3 roky) byl prokázán benefit Degarelixu oproti Leuprolidu u PSA selhání a úmrtí na CaP.

**Závěr:** Hormonální manipulace jsou nedílnou součástí terapie pokročilého CaP. LHRH antagonisté (degarelix) přinášejí okamžitý a spolehlivý pokles hladiny testosteronu, LH, FSH i PSA.

### **Novinky v léčbě kostního postižení u karcinomu prostaty**

MUDr. Hana Procházková – Študentová  
Onkologická klinika FN a LF UP Olomouc

V současné době máme k dispozici několik preparátů k léčbě metastatického postižení kostí u pacientů s nádorovým onemocněním. Nejnovějším z nich je denosumab. Jedná se o plně humánní rekombinantní monoklonální protilátku (IgG2), která se s vysokou afinitou a specificitou váže na RANKL (RANK ligand – ligand pro receptor aktivující nukleární faktor kappa B), a tím znemožňující vazbu RANK/RANKL. RANK je receptor lokalizovaný na osteoklastech a jeho interakcí s RANKL dochází k aktivaci osteoklastů a osteoklastické kostní resorpci. Denosumab brání této vazbě, a tím kostní resorpci inhibuje. Denosumab je indikován k prevenci kostních příhod u dospělých pacientů s metastázami solidních nádorů do kostí. Podává se jednorázově subkutánní injekcí v dávce 120 mg jednou za 4 týdny.

## **Pracovní snídaně / kazuistiky rezidentů**

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

pátek / 22. 3. 2013 / 8.00–10.50

### **Hydrocele congenita bilateralis magna**

MUDr. Martina Novotná

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

**Úvod:** Hydrokéla je vakovité rozšíření obalů varlete nahromaděnou tekutinou. Obaly varlete – processus vaginalis peritonei – se vyvíjejí již na začátku gestace. Zpočátku je otevřený a umožňuje sestup varlete do šourku, později v postnatálním období dochází k jeho uzavěru proximálně a distální část zůstává otevřená jako tunica vaginalis

lis testis. Přes tuto teoretickou znalost však zůstává skutečností, že u většiny chlapců je perzistující processus vaginalis v dětství, i v období puberty a dle některých studií až u 20% dospělých mužů. Hydrokéla vzniká na podkladě otevřeného procesu, ale může vzniknout i v případech, že je processus vaginalis obliterován – nekomunikující hydrokéla. Rozdíl mezi komunikující a nekomunikující hydrokélou je jednak v etiologii a věku výskytu, ale také v jejich léčbě. Komunikující hydrokéla je většinou kongenitální a může být spojena s nepřímou tříselnou kýlou, kdy se stěvní kličky dostávají otevře-

ným duktem do skrota. S růstem dítěte většinou regreduje. Nekomunikující hydrokéla vzniká při dysbalanci sekrece a reabsorpce tekutiny, ale také sekundárně po traumatu skrota, po epididymitidě, torzi varlete, operaci varikokély nebo po operačním ošetření primárně komunikující hydrokély.

**Cílem** tohoto sdělení je seznámení s případem oboustranné kongenitální hydrokély, kterou jsme na naší klinice indikovali k radikálnímu řešení již v 6 měsících věku dítěte z důvodů subjektivních obtíží chlapečka a technických problémů stran péče o dítě matkou.

**Kazuistika:** Na naši kliniku byl subakutně odeslán 5měsíční chlapeček ze spádové urologie. Pacient s obrovskou oboustrannou hydrokélou, jinak zdravý, bez anamnézy úrazu či zánětu, již od narození zvětšený nebolestivý šourek bez náznaku regrese, t.č. již výrazné potíže s přebalováním a při pohybu. Anamnesticky byla ve 2 měsících věku dítěte provedena ve spádu na dětské chirurgii punkce obalů skrota, jejichž obsah se opět velmi rychle naplnil. Při fyzikálním vyšetření je palpačně jasná přítomnost tekutiny ve skrotu, přes kterou nelze hmatat varlata a nelze vyloučit ani střevní obsah. Skrotum se viditelně zvětšuje při napnutí břišních svalů a při pláči. Provádíme UZ skrota, kde je objemná bilaterální hydrokéla velikosti cca 15 cm na obou stranách, obě varlata in situ s normálním morfologickým nálezem a bilaterálně akcesorními apendixy, obsah střevních kliček vyloučen. Vzhledem k subjektivním obtížím jsme se rozhodli pro operační řešení. Byla provedena bilaterální resekce processus vaginalis peritonei ze suprainguinálního přístupu, kdy jsme po vypreparování provazce vypustili velké množství čiré žluté tekutiny a následně uzavřeli processus směrem k dutině

břišní a resekovali směrem k varleti. Chlapeček byl pooperačně bez komplikací, 2. pooperační den propuštěn do domácího ošetřování, při kontrole 2 týdny po výkonu stále bez obtíží a s viditelně regredujícím nálezem na šourku, i palpačně a dle UZ.

**Závěr:** Přestože operační řešení kongenitální hydrokély není ve věku 12–24 měsíců indikováno, v tomto případě jsme se rozhodli pro radikální řešení z důvodu velikosti hydrokély a s ní souvisejícími subjektivními obtížemi stran péče o dítě a jeho přirozeného pohybu a vývoje. Je třeba zde zdůraznit, že punkce hydrokély s komunikujícím processus vaginalis peritonei je přísně kontraindikována.

### **Cystická dysplazie rete testis varlete u novorozence**

MUDr. Peter Kuliaček<sup>1,2</sup>,

MUDr. Jana Dědková<sup>3</sup>,

MUDr. Hadži Nikolov Dimitar, Ph.D.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Oddělení dětské urologie, Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

<sup>2</sup>Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN a LF UK, Hradec Králové

<sup>3</sup>Radiologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

<sup>4</sup>Fingerlandův ústav patologie, FN Hradec Králové

Kazuistika novorozence mužského pohlaví, u kterého byla po narození zjištěna hydrokéla v pravé polovině šourku. Při UZ vyšetření šourku diagnostikovány cystické změny pravého varlete a hydrokéla varlete. Chlapec byl doporučen k vyšetření na naše odd. Při ambulantním vyšetření

zjištěna hydrokéla pravého varlete, UZ varlete potvrdil cystické změny v dolní polovině pravého varlete, jedna větší cysta s prům. 7,8 mm a četné drobné cysty.

Indikován k operační revizi 11. den po narození. Peroperačně bylo zrevidováno pravé varle a provedena extirpace mnohočetné cystické expanze v dolní polovině varlete a odebrány bioptické vzorky z makroskopicky zdravé tkáně varlete a tuniky albuginei. Dále provedena operace komunikující hydrokély varlete.

Pooperační průběh byl bez komplikací, zhojen per primam. Při kontrole na ambulanci přiměřený nález na šourku a také při UZ vyšetření varlete.

**Histologicky nález:** cystická dysplazie rete testis (CDRT).

**Závěr:** Cystické expanze varlete u novorozenců jsou vzácné a většinou benigního původu.

Se zlepšováním UZ přístrojů jsou ale častěji diagnostikovány již v menším věku.

V diferenciální diagnóze nutno uvažovat o epidermoidní cystě, cystě tuniky albuginei, jednoduché cystě varlete, dermoidní cystě, teratomu, tubulární ektázii rete testis, intratestikulární spermatokéle, orchitidě, cystických změnách po torzi a úrazu varlete, cystickém lymfangiomu. Vzácné jsou v tomto věku maligní cystické nádory. CDRT bývá často spojená s dalšími anomáliemi urogenitálního traktu.

V léčbě těchto lézí dříve převažovala ektoomie varlete. Dnes se doporučuje konzervativní chirurgický přístup – varle šetřící resekce (orgán šetřící operace). Někteří autoři doporučují jen pravidelné kontroly a čekání (watch-and-wait strategy). V ojedinělých případech byla pozorována spontánní regrese útvaru.

## Útvar na perineu – perineální ektopie třetího varlete nebo ultrazvukový hoax?

MUDr. Jan Šarapatka,

MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Ektopie varlete je abnormální uložení varlete mimo běžnou dráhu jeho embryonálního descenzu. Zcela raritní jsou nálezy ektopie varlete při polyorchii. Výskyt polyorchie se v anglosaské literatuře pohybuje kolem 200 případů. Nejčastější variantou je triorchie.

Chlapec ze 3. gravidity, porozen ve 38. týdnu – porodní hmotnost 2 920 g, porod i poporodní adaptace bez komplikací. Pre- i postnatální UZ screening ledvin negativní, byl odeslán k urologovi pro atypicky utvářené genitál.

Pod normálně utvářeným skrotem s hmatnými varlaty byla na hranici perinea patrná měkká, elastická kožní duplikatura velikosti cca 18 × 14 mm s palpovatelnou drobnou rezistencí. Při UZ vyšetření byly v kožní duplikatuře zachyceny dva echogenní útvary vel. 14 × 6 mm a 8 × 3 mm, jevící se vaskularizovaně, nejasné etiologie, tvarově však připomínající varle s nadvarletem. Z fyzikálního a UZ nálezu jsme pomýšleli na perineální ektopii varlete při polyorchii.

Plánovaná operační revize byla uskutečněna ve věku dvou měsíců. Z kožního řezu byl extirpován drobný útvar, izolována a podvázána fibrózní stopka, která pokračovala pod skrotem proximálně, o cévy se však nejednalo. Preparát byl odeslán k histologickému zpracování, jednalo se o fibrolipom. Chlapec je po operaci bez kom-

plikací, rána i v problematické oblasti zhojena per primam, kosmetický efekt velmi dobrý.

## **Zkřížená dystopie ledviny**

### **zleva doprava**

MUDr. David Hradil,

MUDr. Zdeněk Mucha

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

V kazuistice popisují letitého a po interní stránce rizikového pacienta s normotopickou pravou ledvinou a zkříženě dystopickou levou ledvinou, u něhož byla diagnostikována, v rámci dovyšetření pro neobstrukční pyelonefritidu vpravo, objemná nefrolitiáza v normotopické pravé ledvině. Pro možné komplikace perkutánní extrakce kamene bylo rozhodnuto vedením kliniky o symptomatické terapii. Za několik let, po prochlazení, ataka bezbolestné makrohematurie s pyurií. Dovyšetřen, zjištěn drobný tumor močového měchýře /PUNLP/. Pravidelně dispenzarizován, bez známek recidivy tumoru močového měchýře. Dle CT břicha a opakovaných susp. cytologií moči bylo vysloveno podezření na tumor močovodu pravé normotopické ledviny. Endoskopicky jednoznačně malignita pravého močovodu či močového měchýře neprokázána, odběr suspektní bulózní sliznice z distální a střední třetiny pravého močovodu hodnocen histologicky jako chronický zánět, cystitis cystica. Separové cytologie moči hodnoceny jako chronický zánět. Po celou dobu sledování klidová nefrolitiáza pravé normotopické ledviny bez známek progresu velikosti. Pacient v 3 měsíčních intervalech endoskopicky sledován, před vyšetřením odběr cytologie moči včetně pravidelné sonografické a klinické kontroly.

## **Cystický nefrom ledviny**

MUDr. Jan Pokorný, FEBU<sup>1</sup>,

MUDr. Zdeněk Otava<sup>1</sup>,

doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D.<sup>1</sup>,

MUDr. Eva Kindlová<sup>2</sup>,

MUDr. Ludmila Loukotková<sup>2</sup>,

doc. MUDr. Tomáš Jirásek, Ph.D.<sup>3</sup>,

prof. MUDr. Václav Mandys, CSc.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Urologická klinika 3. LF UK

a FN Královské Vinohrady, Praha

<sup>2</sup>Radioterapeutická a onkologická

klinika 3. LF UK a FN Královské

Vinohrady, Praha

<sup>3</sup>Ústav patologie 3. LF UK

a FN Královské Vinohrady, Praha

**Úvod:** Cystický nefrom je velmi vzácným tumorem ledviny, jehož incidence se udává 0,0018% ze všech renálních tumorů. Afekce je řazena mezi renální epiteliální a stromální tumory. Nádor je většinou autorů považován za benigní, některé práce připouští jeho potenciální maligní zvrát v sarkom. Nádor nezakládá vzdálené metastázy, může však působit lokálně destruktivně a v případě neúplného odstranění po parciální nefrektomii může recidivovat. Nádor se vyskytuje s naprostou převahou u žen.

**Cíl:** Autoři v práci popisují případ výskytu cystického nefromu u muže. Pacient podstoupil radikální nefrektomii.

**Metoda:** V roce 2010 jsme při náhodném vyšetření muže ve věku 54 let zachytili atypickou expanzi horního pólu levé ledviny. Nález nejevil charakteristiky prosté renální cysty, proto bylo následně indikováno CT vyšetření, kde byl verifikován multicystický tumor o velikosti 30 mm. Pacient byl indikován k operační revizi.

Anamnesticky byl pacient zcela zdravý, fyzikální vyšetření bylo bez patologického nálezu, laboratorní výsledky včetně renálních funkcí byly v normě.

**Výsledky:** U pacienta byla provedena operační revize z pararektálního řezu vlevo, po přetažení kolon mediálně a otevření retr-operitonea byl identifikován tumor horního pólu levé ledviny svým pouzdem fixovaný ke slezině. Byla provedena levostranná nefrektomie. Operace proběhla bez komplikací, krevní ztráta byla 300 ml, operační čas 65 minut, pacient byl dimitován šestý pooperační den. Patologem byl vyšetřen dodaný preparát, kde byl na konvexitě horního pólu orgánu verifikován multicystický členěný bělavý tumor o velikosti 30 mm s touhou vazivovou kapsulou. Největší dutina dosahovala velikosti 10 mm v průměru. Cysty byly vyplněny žlutou tekutinou. Tumor se lokálně propagoval do perirenálního tuku. Patologem byl tumor histologicky vyhodnocen jako cystický nefrom, chirurgický okraj resekátu byl nádoru prostý. U pacienta byla indikována pravidelná dispenzarizace, první rok bylo prováděno každé tři měsíce ultrasonografické vyšetření retroperitonea, v dalších letech každých šest měsíců a každoročně CT vyšetření. Nyní je pacient sledován 37 měsíců od provedení výkonu a během jeho monitorace nebyl zaznamenán relaps onemocnění ani jiné komplikace.

**Diskuze:** Cystický nefrom je velmi vzácný nádor ledviny, který se prakticky výhradně vyskytuje u žen. V případě chirurgického odstranění je jeho prognóza excelentní. V našem případě byl nález verifikován u muže, po provedené nefrektomii je pacient dlouhodobě v remisi.

## **Resekce třech tumorů solitární ledviny při zachování renálních funkcí**

MUDr. František Hruška,

MUDr. Igor Hartmann

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Cíl:** Kazuistika ukazuje na možnost resekce třech tumorů solitární ledviny u onkologické pacientky při dobrém zachování renálních funkcí.

**Výsledky:** Pacientka přijata s plánem revize solitární ledviny se snahou o orgán záchovný výkon. Výkon byl proveden v 26minutové ischemii, pooperačně využito ultrazvukové vyšetření k určení přesné polohy tumorů ve střední třetině pravé ledviny.

Histologicky všechny vzorky odpovídaly světlolobučnému renálnímu karcinomu pT1a, G2 a papilárnímu adenomu. V pooperačním období sledována hladina azotemie, která se postupně normalizuje. Pacientka byla propuštěna po 9 dnech hospitalizace domů. Je pravidelně dispenzarizována.

**Závěr:** Při nálezu solitárního tumoru, případně vícečetných tumorů ledviny by se vždy měla zvažovat možnost resekce ledviny jako orgán záchovný výkon, ale vždy je nutno posuzovat každý případ individuálně vzhledem k velikosti a poloze daného tumoru.

## **Rychle progredující uroteliální tumor pánvičky levé ledviny s trombózou renální žíly**

MUDr. Barbora Látalová<sup>1</sup>,

MUDr. Michal Grepl, Ph.D.<sup>1</sup>,

MUDr. Filip Čtvrtlík<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

<sup>2</sup>Radiologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Úvod:** Tumory ledvin jsou dobře diagnostikovatelné a sledovatelné řadou dostupných zobrazovacích metod. Ale o dynamice jejich růstu se ví velmi málo, protože standardním postupem při zjištění suspektně maligního ložiska je chirurgické řešení. Kazuistika popisuje pacienta, který byl dispenzarizován po resekci světlebuněčného renálního karcinomu na jedné straně a přesto extrémně rychle progredoval do inoperabilního stadia uroteliálního karcinomu, včetně vzácné nádorové trombózy, na straně druhé.

**Kazuistika:** Šedesátidevítiletý muž podstoupil v říjnu 2010 roboticky asistovanou resekci tumoru dolního pólu pravé ledviny, histologicky se jednalo o světlebuněčný renální karcinom pT1a G1. Pacient byl již předoperačně sledován s chronickou renální insuficiencí a elevací kreatininu na 175  $\mu\text{mol/l}$  na podkladě diabetické nefropatie. Pooperačně se kreatinin stabilizoval mezi 200–240  $\mu\text{mol/l}$ . Vzhledem k nálezu maligního tumoru byl nadále dispenzarizován. Půl roku po operaci byla provedena kontrolní MRI (vzhledem k azotemii), kde byl nález bez známek recidivy, levá ledvina bez patologie. V květnu 2011 následovala jediná ataka makroskopické hematurie, byla doplněna endoskopie, kde bez známek tumoru moč. měchýře. Nadále již jen hraniční mikrohematurie. V červenci 2011 podstoupil opět kontrolní MRI a v listopadu 2011 kontrolní endoskopii s negativním nálezem.

Při stabilizaci azotemie bylo provedeno kontrastní CT vyšetření v lednu 2012 s negativním nálezem na obou ledvinách. Další dispenzární kontrola po půl roce musela být odložena pro zlomeninu krčku femuru (operován), doplněno CT ledvin až v listopadu 2012, ale zde popsána na levé ledvině rozsáhlá infiltrace středního

a dolního pólu, defekty v náplni kalichu, pánevky a pelviureter. přechodu. Popsán také trombus v levé renální žíle.

Začátkem ledna 2013 jsme provedli nefro-ureterektomii vlevo a pokus o odstranění trombu. Peroperačně zjištěn pokročilý tumor, para-aortální lymfadenopatie a trombus zasahující až do vena cava inf. Vzhledem k rozsahu se ani při spolupráci s cévním chirurgem nepodařilo celý trombus odstranit.

Histologicky byl popsán uroteliální tumor prorůstající do okolní tukové tkáně i parenchymu ledviny, s metastázou do nadledviny a nádorovou trombózou. Uzliny se ukázaly jako negativní.

Pooperačně je již pacient odkázán na pravidelnou dialyzační léčbu, adjuvanční chemoterapie není schopen.

**Závěr:** O rychlosti růstu uroteliálního tumoru ledviny nejsou žádné přesné informace. Z popsaného případu je jasné, že tumor může progredovat i velice rychle a nekontrolovaně.

V existujících studiích rostou tumory ledvin poměrně pomalu (Sowery a Siemens, Ozono). Kassouf, et al. sledoval 24 pacientů 24 měsíců a jen u pěti došlo k progresi. Volpe, et al. pozoroval nárůst pouze u třetiny z 32 pacientů sledovaných 28 měsíců a průměrný nárůst malého ložiska (do 3,5 cm) u 40 pacientů vyšetřených a více jak 3 roky sledovaných Bosniakem byl 0–1,1 cm/rok (průměr 0,36 cm/rok). Nedostatkem těchto prací jsou mimo jiné malé soubory, selekční bias, patologické vyšetření tumoru. Zhang, et al. v souboru 53 pacientů, kteří před nefrektomií podstoupili několik CT vyšetření, neprokázal korelaci růstu ani s velikostí původního ložiska ani s histologickým subtypem.

Raritní je nejen rychlost progresu tumoru, ale také nádorový trombus, který u tumoru z urotelu byl zatím popsán v méně než 20 případech na světě. Sám pak limituje operační možnosti i prognózu pacienta.

### **Průběh onemocnění u 4 pacientů s metastatickým Ca ledviny léčených biologickou léčbou**

MUDr. Eva Poláčková<sup>1</sup>, MUDr. Karel Zita<sup>1</sup>,

MUDr. Iva Jakabovičová<sup>1</sup>,

MUDr. Osvald Celman<sup>1</sup>,

MUDr. Iveta Lašková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urologické oddělení Nemocnice Břeclav

<sup>2</sup>Onkologická ambulance Nemocnice Břeclav

V kazuistikách prezentujeme průběh onemocnění u 4 pacientů různého věku s metastazujícím renálním karcinomem, kteří podstoupili radikální nefrektomii a adjuvantní terapii včetně biologické léčby.

### **Naše zkušenosti s konzervativním řešením traumat ledvin**

MUDr. Andrea Onderková,

MUDr. Roman Staněk

Urologické oddělení, Slezská nemocnice Opava

**Cíl:** Prezentujeme případy třech pacientů s vážným poraněním ledviny a naše zkušenosti s konzervativním postupem u poranění stupně 3–4 dle klasifikace AAST.

**Metoda:** Během jednoho roku jsme zaznamenali 3 závažná poranění ledviny. Všichni pacienti měli vstupně makroskopickou hematurii, dia-

gnóza potvrzena CT s kontrastní látkou. U všech pacientů popsána ruptura ledviny s perirenálním, pararenálním či retroperitoneálním hematodem. U jednoho pacienta popsána v.s. ruptura dutého systému ledviny a u jediné pacientky popsána ruptura až do hilu ledviny. Tito dva observováni na JIP. Třetí pacient přijat na standardní oddělení z důvodu 5 dní staré anamnézy úrazu. U všech pacientů zvolen konzervativní postup spočívající v přísném klidovém režimu na lůžku, monitorování vitálních funkcí a profylaktické ATB terapie.

**Výsledky:** Na kontrolních CT za hospitalizace postupná regrese hematomu ve všech případech, stabilizace či elevace hemoglobinu, u všech pacientů popsána reaktivní bazální pleuropneumonie na straně traumatizované ledviny, u pacientky mírná infiltrace plicních bazí oboustranně. Na kontrole za 1–2 měsíce pacienti bez potíží, sonograficky přetrvává drobná hypoechogenní oblast v místě ruptury. Pacienti normotenzní, renální parametry v normě, v moči mikroskopická hematurie u jednoho pacienta. Další sledování nemáme z důvodů noncompliance pacientů, u jednoho pacienta je zatím krátký časový odstup od traumatu.

**Závěr:** Poranění ledviny je dle klasifikace AAST rozděleno na 5 stupňů. Konzervativní léčebný postup je možný u 1.–4. stupně. V literatuře je popsán i případ konzervativního postupu u pátého stupně poranění ledviny. Naše zkušenosti s konzervativním řešením traumat ledvin jsou pozitivní, resp. vyplatí se alespoň zahájit konzervativní postup u hemodynamicky stabilních pacientů. Malý počet případů s vážnějším poraněním ledvin na našem oddělení je dán i relativní blízkostí traumatologického centra, kam jsou směřováni pacienti s polytraumaty.



## **Metastázy karcinomu prostaty a karcinomu močového měchýře do penisu**

MUDr. Petr Dolák

Nemocnice Nový Jičín

Nádorová onemocnění penisu jsou poměrně vzácná a zejména s jeho metastatickým postižením se setkáváme spíše raritně. V literatuře bylo do roku 2012 popisováno jen 504 případů metastáz jiných nádorů do penisu. Většinu z toho tvoří nádory urogenitálního či intestinálního původu z oblasti pánve. Obsahem mého sdělení je prezentace dvou případů penilních metastáz, a to v jednom případě karcinomu prostaty a ve druhém případě uroteliálního karcinomu močového měchýře.

## **Svalovinu infiltrující malobuněčný karcinom močového měchýře léčený extenzivní transuretrální resekcí a chemoterapií**

MUDr. Jan Pokorný, FEBU<sup>1</sup>, MUDr. Jan Poch<sup>1</sup>, doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Eva Kindlová<sup>2</sup>, MUDr. Ludmila Loukotková<sup>2</sup>, MUDr. Lidmila Koldová<sup>3</sup>, MUDr. Vojtěch Kolín<sup>3</sup>, prof. MUDr. Václav Mandys, CSc.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Urologická klinika 3. LF UK

a FN Královské Vinohrady, Praha

<sup>2</sup>Radioterapeutická a onkologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

<sup>3</sup>Ústav patologie 3. LF UK

a FN Královské Vinohrady, Praha

**Úvod:** Malobuněčný karcinom močového měchýře je vysoce agresivní raritní tumor s nízkým

stupněm diferenciacie. Poprvé byl popsán v močovém měchýři v roce 1981. Jeho incidence je udávána 0,5–0,7 % ze všech tumorů močového měchýře. Analýzy velkých souborů předpokládají výskyt cca 500 nových případů za rok celosvětově. Epidemiologicky nádor nejčastěji postihuje muže, medián věku v době záchytu je 66,1 let. Nejčastějším průvodním symptomem je makroskopická hematurie. Onemocnění má v době diagnózy u 50 % případů systémový charakter.

**Cíl:** Prezentace kazuistiky svalovinu infiltrujícího malobuněčného karcinomu močového měchýře léčeného orgán-záchovným postupem.

**Metoda:** Muž ve věku 69 let byl počátkem roku 2009 akutně odeslán ambulantním urologem pro masivní asymptomatickou makroskopickou hematurii. Pacient byl anamnesticky nekuřák, léčen pro hypertenzi a glaukom. Při fyzikálním i laboratorním vyšetření nebyla zaznamenána zásadní patologie. Ultrasonograficky byl nález na ledvinách normální, ve vertexu močového měchýře byl verifikován suspektní tumor.

**Výsledky:** U nemocného byla po akutním zaléčení hematurie provedena cystoskopie v celkové anestezii s nálezem solitárního tumoru o velikosti cca 30 mm solidního charakteru. Byla provedena jeho transuretrální resekce do niveau stěny močového měchýře. Histologicky byl nález potvrzen jako malobuněčný karcinom, pro absenci svalové vrstvy v resekátu hodnoceno jako pTx GIII. Primárně bylo zvažováno metastatické postižení primárním plicním tumorem, proto bylo rozhodnuto o provedení stagingového celotělového PET-CT vyšetření, kde bylo popsáno solitární ložisko hypermetabolizmu ve vertexu močového měchýře. S odstupem čtyř týdnů byla u nemoc-

ného provedena druhá doba extenzivní transuretrální resekce, preparát byl patologem vyhodnocen jako reziduum malobuněčného karcinomu s infiltrací svaloviny – pT2 GIII. I přes primární rozvahu o provedení radikální cystektomie byla finálně indikována adjuvantní systémová chemoterapie i s ohledem na vysoké riziko mikrometastáz. Celkově bylo nemocnému podáno šest cyklů intravenózní kombinované chemoterapie (Etoposid + Carboplatina). Po třech cyklech a po dokončení celé onkologické léčby byla provedena transuretrální biopsie močového měchýře s negativním nálezem. Po ukončení chemoterapie kontrolní PET-CT, kde nebyla přítomna viabilní neoplazie. Dále byl pacient pravidelně cystoskopicky sledován v tříměsíčních intervalech, PET-CT prováděno první dva roky po šesti měsících, dále každoročně. Po třech letech sledování byl v jiné lokalitě vertexu močového měchýře cystoskopicky zaznamenán drobný papilární tumor, který byl endoskopicky kompletně odstraněn. Histologicky byl popsán jako uroteliální tumor močového měchýře pTa GII. Nemocnému byl jednorázově aplikován Mytomycin C intravezikálně. Nemocný byl nadále sledován ve výše popsaném schématu. Po čtyřech letech dispenzarizace byl pacient akutně hospitalizován na koronární jednotce pro akutní infarkt myokardu. Byla neodkladně provedena selektivní koronarografie s inzercí koronárního stentu, následně došlo k zástavě oběhu a dechu a i přes zahájenou kardio-pulmonární resuscitaci pacient exituje. Při sekci nebyla prokázána recidiva tumoru močového měchýře ani jeho metastázy.

**Diskuze:** Malobuněčný karcinom močového měchýře je raritní onemocnění s celkově špatnou prognózou. Z největšího publikovaného souboru

dosahuje pětileté remise pouze 16% nemocných i přes maximální urologickou a onkologickou léčbu. Náš případ dokládá, že pro část pacientů může být orgán záchranný terapeutický postup stejně úspěšný jako radikální ablační výkon, a to i přes primárně invazivní charakter nádoru.

## **Netypický průběh tumoru varlete**

**MUDr. Jan Tomášek,**

**MUDr. Miroslav Louda, Ph.D.,**

**doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.**

**Urologická klinika FN a LF UK**

**Hradec Králové**

**Úvod:** Nádory varlat představují 1–1,5 % všech mužských malignit a asi 5 % všech urologických tumorů. Jsou nejčastějším nádorem mužské populace ve věkové skupině 15–35 let. Dle WHO se nádory varlat klasifikují na nádory z germinálních buněk, které dělíme na seminomy a non-seminomy a méně časté negerminální nádory. Prvním krokem v léčbě je radikální orchiektomie. Další léčba závisí na histologickém typu a stadiu tumoru. Cílem je prezentovat méně obvyklé případy nádorů varlete.

**Kazuistika 1:** U pacienta byl diagnostikován nonseminom varlete v roce 1994. Poté podstoupil celkem 11 cyklů chemoterapie na jiném pracovišti. Na naši kliniku byl prezentován onkolog v roce 2008 pro reziduální retroperitoneální tumor. Pacient podstoupil celkem 4 retroperitoneální extirpace nádorů. Jednalo se vždy o náročné operační výkony, jednou spojený s rekonstrukcí ilické arterie a jednou s nutností nefrektomie. Vždy po operaci došlo k odstranění celého nádoru a poté došlo k normalizaci markerů. Pacient byl do dnešních dnů v remisi a dobrém stavu.

**Kazuistika 2:** Druhý pacient podstoupil radikální orchiektomii pro suspekci na nádor varlete, která byla spojena s elevací onkomarkerů. Histologicky nebyl ve varleti nádor nalezen a pacient byl s další elevací markerů odeslán na naši kliniku. Zde byl na CT diagnostikován retroperitoneální nádor. Pacient podstoupil operaci, při které mu byl nádor kompletně odstraněn. Histologicky se jednalo o extratestikulární smíšený nádor (tedy non-seminom). Pooperačně pacient absolvoval zajišťovací chemoterapii. Do dnešních dnů byl v dobrém stavu, v remisi a s negativními markery.

**Závěr:** Nádory varlat se mohou prezentovat neobvyklým průběhem a u pokročilých tumorů jsou často nutné opakované extenzivní chirurgické výkony. Na druhou stranu je léčba nádorů varlat ve většině případů účinná. Při správné kombinaci chirurgické a onkologické terapie je dlouhodobé přežívání nemocných velmi dobré, a to včetně dobré kvality života.

## **Paratestikulární rabdomyosarkom**

**MUDr. Ľubica Lahová**

**Urologické odd. NsP Havířov**

Paratestikulární rabdomyosarkom je tumor vyrostající z mezenchymální tkáně. Obecně se nádor manifestuje unilaterálně, jako solidní, nebolestivá masa, obvykle se vyskytuje v oblasti horního pólu varlete, méně často je lokalizace v oblasti inguinálního kanálu. Může také zahrnovat semenný provazec a nadvarle, ale většinou je oddělen od samotného varlete. V diferenciální diagnostice je důležité odlišit paratestikulární rabdomyosarkom od častějších onemocnění, jako jsou inguinokrotální hernie, hydrokély

a spermatokély. V léčbě je nezbytný multimodální přístup. V naší kazuistice prezentujeme jeden případ tohoto onemocnění.

## **Maligní priapizmus u lokálně pokročilého uroteliálního karcinomu močového měchýře**

**MUDr. Jiří Špaček,**

**MUDr. Pavel Navrátil CSc.,**

**doc. Miloš Brodák, Ph.D.**

**Urologická klinika FN a LF UK**

**Hradec Králové**

**Cíl:** Toto sdělení upozorňuje na jednu z možných, méně často se vyskytujících, lokalit metastázy uroteliálního karcinomu močového měchýře.

**Kazuistika:** Pacient, 75 let, byl v polovině srpna 2012 akutně přijat na Urologickou kliniku FN v Hradci Králové pro tři dny trvající priapizmus.

Na našem pracovišti dispenzarizován od února 2011 pro základní onkologickou diagnózu lokálně pokročilého uroteliálního karcinomu močového měchýře. V rámci úvodního klinického stagingu bylo, z důvodu nesnášenlivosti kontrastní látky, provedeno i celotělové PET CT. To prokázalo invazi do stěny močového měchýře, ale bez postižení spádových lymfatických uzlin. Na základě znalosti výsledků biopsie byla provedena radikální cystektomie s derivací moči dle Brikera–Wallece. Konečný patologický staging onemocnění – uroteliální karcinom močového měchýře pT4aN2M0 high grade a adenokarcinom prostaty pT2aN0, GS 7 5 (3+2). V rámci následné onkologické péče bylo podáno 5 cyklů adjuvantní chemoterapie (gemcitabin/karboplatina). Kontrolní radiologické vyšetření bez známek progresu onemocnění.

Při urologické kontrole na počátku srpna 2012 byla zjištěna nebolestivá rezistence v oblasti glans penis a kavernózních těles. Pro podezření na možnou progresi základního onkologického onemocnění odebrána biopsie, s jasným histologickým nálezem metastázy uroteliálního karcinomu. Proveden restaging onemocnění, který prokázal metastatické postižení retroperitoneálních lymfatických uzlin, jater a plic. Onkologem doporučen konzervativní postup a symptomatická léčba. V průběhu následujících čtrnácti dnů došlo k rapidnímu zhoršení klinického stavu, kterému dominoval tři dny trvající priapismus. Tento stav řešen provedením radikální penektomie. Patologické vyšetření preparátu potvrdilo rozsáhlé postižení kavernózních těles, ale zcela intaktní uretru. Pooperační průběh byl komplikován sekundárním hojením rány a vznikem abscesu perinea, který řešen incizí, drenáží a antibiotickou terapií. Následující symptomatická léčba prováděna cestou ambulance chronické bolesti a onkologií.

**Závěr:** Metastatické onemocnění penisu je vzácněji se vyskytující nález. Primární ložiska jsou pak především močopohlavní a gastrointestinální trakt. Priapismus, jako průvodní symptom, se vyskytuje u necelé poloviny těchto případů.

### **Gynekologická onemocnění jako příčina obstrukce horních močových cest**

MUDr. Eva Poláčková, MUDr. Karel Zita,  
MUDr. Iva Jakabovičová,  
MUDr. Osvald Celman  
Urologické oddělení Nemocnice Břeclav

Ve 2 kazuistikách prezentujeme pacientky přijaté na naše urologické oddělení k řešení obstrukce horních močových cest. V obou případech byla příčinou obstrukce gynekologická onemocnění – v prvním případě prolapsus uteri, v druhém lokálně pokročilý Ca cervicis uteri.

### **Raritní nález dislokace biliárního stentu z terminálního ilea do močového měchýře**

MUDr. Slavomír Vachata,  
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.,  
MUDr. Lukáš Holub, MUDr. Jiří Špaček  
Urologická klinika FN a LF UK  
Hradec Králové

**Úvod:** Autoři prezentují neobvyklý případ proleželého biliárního stentu do močového měchýře. Na naši kliniku byla doporučena pacientka s nálezem cizího tělesa v močovém měchýři. A dle rtg snímku se jednalo o zapomenutý biliární stent, který vycestoval do ilea a částečně čněl do močového měchýře.

**Kazuistika:** Pacientka, 65 let, s anamnézou – stav po panhysterektomii pro karcinom těla děložního pT3N0M0, měla při běžné onkologické kontrole provedeno 09/2009 CT břicha s nálezem cholecystolitíazy a dilatace hepatocholedochu. Léčbou byla v červnu 2010 ERCP s extrakcí konkrementů a zavedení biliárního stentu a s odstupem byla téhož roku provedena cholecystektomie. Dle operačního protokolu biliární stent nebyl nalezen. 11/2010 bylo opět provedeno kontrolní CT břicha s nálezem stentu v kličce ilea délky 7 cm, bez známek perforace. Dle konzultace s chirurgy bylo doporučeno vyčkat

spontánního odchodu stentu. Při kontrolním CT 09/2012 byl patrný biliární stent perforující kličku ilea a zasahující do močového měchýře v blízkosti vyústění levého močovodu. Dále byla nově zjištěna redukce parenchymu levé ledviny a dilatace dutého systému. Dle cystoskopie ze spádového pracoviště byly popsány zánětlivé změny sliznice močového měchýře vlevo na přechodu zadní stěny a vrcholu čnicí biliární stent. Subjektivně pacientka udávala dysurické obtíže, nykturii. Objektivně byl patologický nálezu močového sedimentu s přítomností bílých i červených krvinek a bakterií.

Na naše pracoviště byla odeslána v září 2012 k řešení této raritní problematiky. Byla zvažována operační revize, ale nakonec jsme se přiklonili k extrakci stentu při cystoskopii pod ATB kontrolou a dočasně bezezbytkové dietě. Po vytažení stentu se objevuje minimální sekrece ileálního obsahu do močového měchýře a biliární stent byl vcelku extrahován z močového měchýře. Další pooperační průběh byl bez komplikací. Došlo ke spontánnímu uzavření ileovezikálního spojení. Pacientka byla propuštěna v dobrém stavu do domácího ošetřování a byla v dobrém stavu i na ambulantní kontrole.

**Závěr:** Presentujeme úspěšné odstranění biliárního stentu, který proležením vytvořil dočasnou píštěl mezi ileem a močovým měchýřem. Při jeho prosté extrakci došlo ke spontánnímu zhojení této píštěle.

### **OAB jako komplikace hyperkorekce slingové operace stresové inkontinence**

**MUDr. Vladimír Študent, jr.**

**Urologická klinika FN a LF UP Olomouc**

Autoři ve své práci představují kazuistiku pacientky, která byla léčena pro stresovou inkontinenci pomocí pubofasciálního slingu. V pooperačním období byla plně kontinentní, ale následkem hyperkorekce došlo z čisté stresové inkontinence ke vzniku hyperaktivity detruzoru. Navíc pacientka přestala chodit na kontroly a přišla až v okamžiku, kdy již došlo k poruše evakuace močového měchýře a těžkým projevů OAB (overactive bladder), včetně nykturie a urgentní inkontinence. Stav byl indikován ke konzervativní terapii anticholinergikem a operační revizi. Po léčbě je pacientka kontinentní bez mikčních potíží.

## **Moderní trendy léčby litiázy**

*garant doc. MUDr. Miloš Brodčák, Ph.D.*

*pátek / 22. 3. 2013 / 11.00–12.00*

### **Radiologická diagnostika urolitiázy**

**MUDr. Filip Čtvrtlík**

**Radiologická klinika FN a LF UP Olomouc**

Urolitiáza vzhledem ke své vysoké incidenci, akutním projevům a komplikacím představuje závažnou medicínskou problematiku. Diagnostiku litiázy zahajuje anamnéza a laboratorní vyšetření.

Zobrazovací algoritmus začíná obvykle prostým snímkem. Nativní nefrogram může pomoci odhalit kontrastní konkrementy v ledvinách nebo v předpokládaném průběhu močových cest. Dále je obvykle prováděno ultrasonografické vyšetření, které velmi dobře zobrazí dilataci dutého systému ledvin. Současně jsou zde patrné i vlastní konkrementy, zejména pokud jsou větší velikosti. Ve vlastním průběhu močovodu je jejich zobrazení už limitované, naopak excelentní detekce litiázy je v močovém měchýři. Zlatým standardem ve vyšetřování urolitiázy je nativní CT vyšetření, což je podmíněno vysokou senzitivitou a specificitou této metody pro urolitiázu. Výpočetní tomografie je schopna detekovat přímé i nepřímé známky litiázy. Její význam spočívá také v přínosu v široké diferenciální diagnostice ledvinné koliky. Pokud je vyšetření provedené na CT přístroji s duální energií záření, lze provést i chemickou analýzu konkrementů.

### Indikace LERV u urolitiázy

MUDr. Šárka Kudláčková

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Cíl:** Cílem sdělení je zhodnotit současné možnosti uplatnění extrakorporální litotrypse rázovou vlnou (LERV) při léčbě urolitiázy.

**Abstrakt:** Od svého zavedení do praxe v 80. letech 20. století byla extrakorporální litotrypse rázovou vlnou metodou volby při léčbě urolitiázy. V současné době však je patrný signifikantní pokles indikací k LERV, a to díky rozvoji endoskopických technik, zejména pak použití flexibilních nástrojů a laserových technologií. Stále však zůstávají oblasti, kde je nadále LERV první metodou volby, např. v pediatričké urologii. Nadále však plní svou roli i v léčbě urolitiázy u do-

spělých jako ambulantní a miniinvasivní technika. Taktéž při použití v kombinované terapii po endoskopických procedurách k řešení urolitiázy má svou dosud nezastupitelnou roli. V současné době se kromě vývoje samotných litotryptorů soustředí výzkum např. na možnosti predikce úspěchu trypse podle stanovení denzity konkrementu na CT, snaha o modifikaci polohy u obézních pacientů, zlepšování analgie, apod.

**Závěr:** Ačkoliv se zdá být extrakorporální litotrypse při řešení urolitiázy na ústupu před moderními endoskopickými metodami, stále trvají indikace, u nichž je role LERV prakticky nenahraditelná.

### Místo URS v léčbě urolitiázy

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

V průběhu několika desetiletí došlo k rapidnímu pokroku v léčbě urolitiázy. Zatímco dříve byla většina urolitiáz řešena otevřenými operačními technikami (nefrolitotomie, ureterolitotomie, cystolitotomie), implementací a zdokonalením endoskopických technik (ureteroskopie, perkutánní nefrolitotrypse), extrakorporálních litotryptorů a zavedením vypuzovací farmakoterapie, se podstatně změnil náhled na řešení urolitiázy v kterékoli lokalizaci. U konkrétního pacienta je vždy nutno brát v potaz velikost kamene, jeho lokalizaci, předpokládanou tvrdost a složení (z dřívějších rozborů či dle denzity při dual source CT), dále fyziognomické parametry (obézní habitus pacienta, deformity páteře, anatomické anomálie močovodů či měchýře, gravidita apod.), medikaci léků ovlivňujících koagulační parametry. Dle toho je pak volen optimální přístup.

Stále je platná skutečnost, že objemná nefrolitiáza je indikací perkutánní nefrolitotrypsy a menší nefro- a ureterolitiáza pak indikací litotrypsy extrakorporální rázovou vlnou na pracovištích těmito technologiemi disponujícími, na druhou stranu se do popředí dostává i řešení intrarenálně lokalizované litiázy retrográdně ureterorenoskopicky (tzv. RIRS – retrograde intrarenal surgery) či antegrádní řešení litiázy v močovodu (např. při derivacích moči po cystektomiích). S rozvojem endoskopického instrumentária a zdokonalováním technologií máme k dispozici nové generace ureteroskopů – od rigidních přes semirigidní nástroje k flexibilním s možností aktivní a pasivní flexe konce nástroje, s jedním či dvěma pracovními kanály. Vedle samotného flexibilního nástroje je naprosto nezbytné pomocné instrumentárium – laser, extrakční košíčky, vodící dráty, ureterální přístupová pochva a další.

Pomineme-li nezanedbatelnou finanční náročnost, kdy pořizovací i servisní náklady jsou stále dosti vysoké, otevírají se nám nové dimenze řešení litiázy i v místech dříve pro rigidní nástroj nedostupných – ve středních či dolních kališích, divertiklech, stenotických močovodech či u stenóz ureteropelvicé junkce. Navíc jde o minimálně invazivní chirurgické výkony s nízkou morbiditou, ve zkušených rukou vysoce efektivní, zkracující dobu hospitalizace a rekonvalescence pacientů.

### **Metafylaxe urolitiázy 2013**

**MUDr. Pavel Rajmon, MUDr. Zdeněk Mucha**  
**Urologická klinika FN a LF UP Olomouc**

Masový výskyt močových konkrementů představuje celospolečenský zdravotně-ekonomický i sociální problém. V posledních letech je regis-

trován trend výrazného nárůstu výskytu urolitiázy zejména v sociálně a ekonomicky vyspělých společnostech, kam patří země EU. Incidence močových konkrementů v těchto zemích se v období 10 let ztrojnásobila z 0,54 % na 1,47 %. Jde o postižení s tendencí k recidivám. Vzrůstající náklady na ambulantní i hospitalizační léčbu nutí k zamyšlení a umocňují význam metafylaxe.

Základním předpokladem pro správné vedení metafylaxe je klasifikace pacientů podle zjištěného rizika – na nížce a vysoce rizikové. V přednášce jsou uvedena kritéria pro zařazení do rizikové skupiny i zásady všeobecné metafylaxe, které jsou společné všem litiatikům. U rizikové skupiny pacientů, v závislosti na typu konkrementu, jsou uvedena doporučená následná metabolická vyšetření i specifická medikamentózní terapie.

Zvýšené riziko recidiv nevykazuje 75 % litiatiků. U těchto nemocných stačí dodržovat zásady všeobecné metafylaxe spočívající ve vyvážené stravě, vysokém přívodu tekutin a ve změně životních zvyklostí, včetně redukce nadměrné hmotnosti. Následné urologické sledování není v těchto případech nutné. Jen 25 % pacientů je ohroženo vysokým rizikem recidiv. Tyto nemocné je nutno včas rozpoznat a odpovídajícím způsobem metabolicky vyšetřit, protože v rámci prevence již samotné zásady všeobecné metafylaxe nestačí. U této skupiny je již nutná specifická medikamentózní léčba odvozená podle druhu konkrementu a zjištěného biochemického rizika. Další urologické sledování těchto pacientů je plně indikováno. Následnou dlouhodobou spoluprací s rizikovými nemocnými je třeba udržovat individuálním přístupem a správným vedením léčby. Předpokladem úspěchu je dobře informovaný a motivovaný nemocný.

## Diagnostika karcinomu prostaty – nové možnosti

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

pátek / 22. 3. 2013 / 12.00–12.50

### Tkáňová analýza – histoscanning v detekci karcinomu prostaty

doc. MUDr. František Zářura, Ph.D.<sup>1</sup>,

MUDr. Petr Klézl<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MEDKONSULT, s.r.o., Olomouc

<sup>2</sup>Urologická klinika,

FN Královské Vinohrady Praha

Histoscanning je softwarová analýza prostorového ultrasonogramu prostaty. Pro tuto analýzu využívá pokročilé algoritmy, kdy lze vizualizovat nejen polohu, ale i objem léze, podezřelé z karcinomu prostaty. Pracuje s 10× více daty než klasický ultrazvukový obraz a podle kontrolovaných studií je senzitivita a specifita rozlišení atypické tkáně u ložisek větších než 0,2 cm<sup>3</sup> až 95%. Jako charakteristické znaky hodnotí špatně definované ohraničení, nepravidelný růst, vaskularizaci a změny v elasticitě tkání.

Autoři spolupracovali při klinickém ověřování metody jako členové mezinárodního týmu při řešení studie P02, která prokázala výtečnost histoscanningu ve srovnání s histologickým obrazem. Samostatně řešili dvě studie: význam histoscanningu u první biopsie prostaty a výtečnost histoscanningu u opakované biopsie prostaty. Zatímco v mezinárodních studiích byla kritériem podrobná histologie prostaty po radikální prostatektomii, vlastní studie byly zatíženy limitovaným hodnoticím kritériem – biopsií. I tak byla výtečnost ložisek 66% a 68% u nemocných

s pozitivním histoscanningem. Rozdíl si vysvětlujeme limitní přesností biopsie u menších lézí i tím, že histoscanning detekuje i některé jiné patologické změny tkáně prostaty. V současné době ověřujeme histoscanningem navigovanou biopsii, která umožňuje plánovat biotický postup, přesně odebrat tkáň i kontrolovat ze záznamu lokalizaci všech vpichů.

Histoscanning společně s navigovanou biopsií považujeme za nejučinnější metodu detekce karcinomu prostaty.

### Močové markery

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Zlatým standardem v diagnostice karcinomu prostaty je punkční biopsie prostaty pod transrektálně sonografickou kontrolou. Indikačními kritérii pro vlastní biopsii je elevace věkové specifického PSA, dynamika jeho nárůstu či suspektní nález při digitálním rektálním vyšetření či transrektální sonografii.

Krom těchto běžně rozšířených faktorů si nacházejí stále pevnější místo v rozhodovacím algoritmu i močové onkomarkery a to nejen při indikaci primobiopsie prostaty, ale zejména pak u rebiopsií. Jako první z močových markerů byl uveden do běžné praxe Prostate Cancer Gene 3 (PCA3), který byl v průběhu posledních let otestován na řadě rozsáhlých souborů. K PCA3 však



záhy přibyla celá řada dalších močových onkomarkerů, ačkoli se většinou jednalo o práce experimentální, na menších souborech či s nejistými či odporujícími si výsledky. Z potenciálních či již etablovaných močových markerů jmenujme AMACR, MSMB a TRPM8, fuzní geny s TMPRSS, annexin A3, matrix metaloproteinázy, markery hypermetylace DNA (GSTP1), hepatocytární růstový faktor a další.

Přínos vyšetřování močových markerů spočívá v neinvazivnosti a jednoduchosti odběru vzorků, možnosti opakování odběrů a dlouhodobé stabilitě skladovaného materiálu.

Budoucnost je nutno vidět nejen ve zlepšení zachytu všech karcinomů prostaty, ale současně i ve zlepšení predikce potenciálně agresivních karcinomů bez současné nadměrné detekce insignifikantních karcinomů prostaty, při volbě optimálního léčebného přístupu u konkrétního pacienta, sledování průběhu léčby a její načasování.

## **Magnetická rezonance prostaty**

**MUDr. Filip Čtvrtlík**

**Radiologická klinika FN a LF UP Olomouc**

Při detekci karcinomu prostaty nabývá stále více na důležitosti vyšetření pomocí magnetické rezonance. Magnetická rezonance prostaty je neinvazivní vyšetření mající důležitou úlohu v detekci vlastního tumoru prostaty a v jeho stagingu. Významná je i její role v rámci „active

surveillance“ a v plánování aktinoterapie. Zobrazovací protokol při MR prostaty zahajuje jednoduché morfologické zobrazení pomocí T2 a T1 vážených obrazů. Na T2 váženém obraze je velmi dobře patrná zonální anatomie, při pozitivním nálezu s typickým hypointenzivním okrskem na T2 váženém obraze svědčícím pro karcinom. Součástí protokolu jsou dále difuzně vážené obrazy s výpočtem aparentního difuzního koeficientu, kde ložisko karcinomu vykazuje restriktci difuze. Dále se provádí MR spektroskopie, při níž je u karcinomu prostaty na křivce patrný vysoký pík cholinu s kreatinem vůči citrátu. Do vyšetřovacího protokolu lze zahrnout i farmakokinetickou analýzu s posouzením syčení po aplikaci Gadoliniové kontrastní látky.

## **Vývoj operativy**

**MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D.**

**Urologická klinika FN a LF UP Olomouc**

Ve sdělení autor shrnuje operační aktivity kliniky v roce 2012, které srovnává s výkony za posledních 10 let.

Vyhodnocuje 1 456 otevřených, laparoskopických, robotických a endoskopických operací za rok 2012. Zvláště rozebírá soubor 423 operací provedených pro onkologická onemocnění, kde diskutuje trendy jednotlivých operačních výkonů v souvislosti s náklady na zvlášť účtovaný materiál.

## Sesterská sekce

garantka Mgr. Nataša Sochorová

čtvrtek / 21. 3. 2013 / 14.15–18.00

### LERV – Litotrypse extrakorporální rázovou vlnou

Martina Drápalová, Martina Térová

Urologická klinika FN a LF UK

Hradec Králové

Extrakorporální miniinvazivní terapie LERV využívá rázovou vlnu, která vzniká mimo tělo pacienta a je fokusována do ohniska. Může se v podstatě používat na všechny druhy kamenů v oblasti ledvin, močového a žlučového systému.

**Cíl:** Na naší klinice tyto výkony provádíme za použití nového přístroje MODULITH SLX-72. Cílem je seznámit s přípravou pacienta, průběhem výkonu a péčí o pacienta po výkonu a s výhodami přístroje: přesnější zaměření konkrementu, kratší doba výkonu, tichý chod přístroje, nebolestivý výkon a použití vodního lůžka.

### Hemokultura

Bc. Vladislava Šenkýřová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Hemokultura je mikrobiologické kultivační vyšetření krve na přítomnost bakterií, zahrnuje dvojici anaerobních a aerobních hemokultivačních lahvíček, které byly naplněny krví při jedné venepunkci. Cílem hemokultivace je určení etiologie nemoci a zjištění citlivosti původce na antibiotika.

**Cíl:** Seznámit s technikou odběru, hemokultivačními lahvíčkami a transportem odebraných hemokultur do laboratoře. Úkolem personálu je provést odběr správně. Správný odběr vzorku pro hemokulturu snižuje riziko kontaminace normální kožní mikroflórou, a tím i zkrácení výsledku.

### Využití podtlakové terapie při léčbě nehojící se rány

Eva Hübnerová, Hana Galasová

Urologické oddělení FN Ostrava

Jednou z možností léčby používané pro hojení ran je podtlaková drenáž. Tato neinvazivní metoda celý proces uzdravování zlepšuje a urychluje, nemohou ji však využívat bez rozdílu všichni. Mechanismus přikládání je snáze kontrolovatelný. Kombinace podtlaku a uzavřeného systému přináší několik výhod.

**Cíl:** Seznámit s využitím podtlakové terapie při léčbě břišních dehiscencí a kazuistika urologického pacienta léčeného podtlakovou terapií.

### Edukace pacientů na urologii ve FN Olomouc

Marie Schindlerová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Je to proces soustavného ovlivňová-

ní a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích, dovednostech.

**Cíl:** Obsahem přednášky je seznámit s náplní činnosti edukační sestry na oddělení. Součástí práce edukační sestry je nejen edukace, ale i aktivní vyhledávání pacientů s frekventovanou diagnózou daného oddělení. Víze Fakultní nemocnice spočívá v zavedení edukačních sester jako služby pro pacienty ke zkvalitnění péče. Implementace edukačních sester ve FN OL na klinikách s lůžkovým oddělením začala v roce 2011. Projekt edukačních sester se jeví přínosným pro pacienty i pro personál.

## **Zdravotní sestry a nemoci z povolání**

Kateřina Novosádová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Nemoci z povolání vznikají působením nepříznivých chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů při výkonu zaměstnání nebo v přímé souvislosti s ním. Odpovědnost zaměstnavatele v souvislosti s nemocí z povolání je na rozdíl od pracovního úrazu absolutní a nelze se jí zbavit

**Cíl:** Seznámit posluchače s nejčastěji uznanými nemocemi z povolání, postupem při posuzování, seznamem pracovišť, které posuzování provádí a s nároky ze škody způsobené nemocí z povolání.

## **Tekutiny a lidský organizmus**

Miroslava Šefčíková, Stanislava

Hilšerová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Pod pojmem pitný režim rozumíme udržování dostatečného množství tekutin a minerálů v organismu. Voda je hlavní součástí vnitřního prostředí organismu. V těle rozlišujeme tzv. mimobuněčnou tekutinu = extracelulární (krev, lymfa a tekutiny vyplňující prostor mezi buňkami) a vnitrobuněčnou = intracelulární. Tyto tekutiny se od sebe liší obsahem minerálů.

Voda je rozpouštědlem mnoha látek, které přijímáme. Velice významně se uplatňuje v metabolismu na všech úrovních. Je ovšem také nosičem minerálů a stopových prvků. Tělo vodu také potřebuje jako chladicí kapalinu.

**Cíl:** Nedostatečný příjem tekutin má za následek omezení jejich výdeje a vzniku dehydratace. Obsahem přednášky je rozdělení dehydratací, seznámí se zásadami pitného režimu a výběrem tekutin, které jsou vhodné k pití.

## **Ošetřovatelská kazuistika u pacientky po derivaci moči s ortotopní náhradou**

Renáta Dvorská, Petra Nováčková

Urologické oddělení FN Ostrava

Od 90. let minulého století se ortotopické náhrady močového měchýře po cystektomii postupně staly hlavní preferovanou derivací moči u mužů i u žen. Primárním cílem derivace moči po cystektomii je definitivní zajištění vylučování moči z těla při současné ochraně horních močových cest a funkce ledvin. Sekundárním cílem je zachování co nejvyšší kvality života pacienta.

**Cíl:** Kazuistika 67leté pacientky, u které nastaly v pooperačním průběhu chirurgické komplikace. Jejich léčba byla ztížena nespouprácí pacientky.

## Neinvazivní řešení inkontinence

MUDr. Soňa Hlavová

Urologická ambulance Žamberk

Močová inkontinence je nedobrovolný únik moči a 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.

**Cíl:** Seznámit s problematikou inkontinence, jaké máme typy, co je to mikční reflex, kdy není správné jednou spuštěné močení přerušovat. Nedílnou součástí konzervativní léčby je rehabilitace, pomůcky na cvičení a možnost jejich využití.

*Zveme Vás na křest knihy*

## KARCINOM PROSTATY A RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE

*(autor doc. MUDr. Miloš Brod'ák, Ph.D.),*

*který se uskuteční*

ve čtvrtek **21. 3. 2013 v 18.45** v hlavním přednáškovém sále

*Knihu si můžete zakoupit u registrace*

### Karcinom prostaty a radikální prostatektomie

*doc. MUDr. Miloš Brod'ák, Ph.D.*

Radikální prostatektomie je vysoce účinná metoda léčby u lokálně ohraničeného karcinomu prostaty. Stále větší pozornost je věnována indikaci radikální prostatektomie také u lokálně pokročilého karcinomu prostaty, a to buď v monoterapii, nebo jako počátek kombinovaného léčebného postupu. Radikální prostatektomie má několik způsobů provedení, ale vždy jeden cíl, a to vysokou onkologickou efektivitu a minimum vedlejších účinků. Zatím není možné jednoznačně určit, který ze způsobů provedení je nejlepší. Nejvíce to závisí na zkušenosti pracoviště, které tento výkon provádí. Radikální prostatektomie bude muset nadále obhajovat svoji vysokou efektivitu v konkurenci s radioterapií, kterou lze považovat jako její nákladnější alternativu. Cílem této publikace je seznámit čtenáře s komplexním pohledem na tento typ operace a přinést ucelený pohled na možnosti kurativní léčby nemetastatického karcinomu prostaty.

Edice: MEDUCA

Solen, s.r.o., Lazecká 51, 779 00 Olomouc, [www.solen.cz](http://www.solen.cz)

Publikaci si můžete objednat v e-shopu na [www.solen.cz](http://www.solen.cz).

### Knižní novinka

#### Karcinom prostaty a radikální prostatektomie

*Miloš Brod'ák a kol.*



SOLEN

edice MEDUCA



Rozmístění vystavovatelů

v lázeňském domě Libuše v Karlově Studánce

## XV. MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM

21.–22. 3. 2013

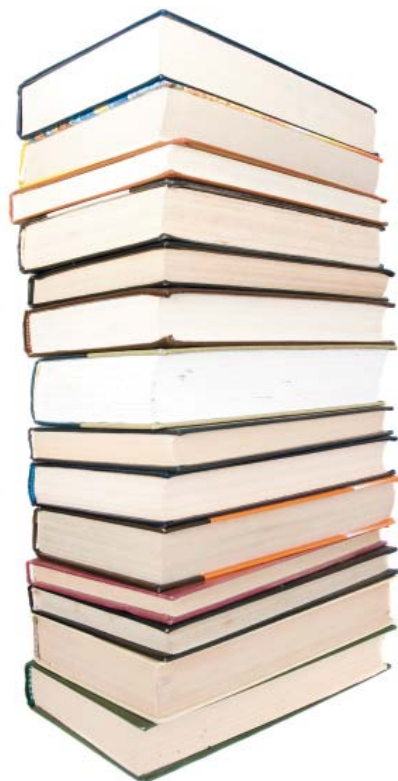


### VÝSTAVNÍ PROSTORY

1. Herbacos Recordati s.r.o.
2. S. A. B. Impex, s.r.o.
3. ELI LILLY ČR, s.r.o.
4. Rous Surgical s.r.o.
5. SWISS PHARMA, spol. s.r.o.
6. MEDIPUNKT s.r.o.
7. Astellas Pharma s.r.o.
8. VALOSUN a.s.
9. Olympus Czech Group, s.r.o.
10. Berlin-Chemie/A. Menarini Česká republika s.r.o.
11. Covidien ECE org. složka
12. Pfizer, spol. s.r.o.
13. Ferring Pharmaceuticals CZ, s.r.o.
14. COMESA, spol. s.r.o.
15. GlaxoSmithKline, s.r.o.
16. Amgen s.r.o.
17. APOGEPHA Arzneimittel GmbH

**SOLEN** rozšiřuje portfolio tiskovin  
pro lékaře o **knižní produkci**

# edice **MEDUCA**



Nevíte,  
komu  
svěřit  
k vydání  
svou  
knihu?

**— ZAJISTÍME VÁM: —**

KVALITNÍ REDAKČNÍ A EDITORSKOU PRÁCI, RECENZE,  
GRAFIKU, TISK, PUBLICITU A PRODEJ  
VČETNĚ ELEKTRONICKÉ VERZE

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 silodosinu, 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., Štrossova 239, 530 09 Pardubice, tel.: +420 466 741 911, e-mail: recordati@recordati.cz



RECORDATI IRELAND



HERBACOS RECORDATI