

Suppl. A
2017

ISBN 978-80-7471-189-3

19. ročník ***Moravského urologického sympozia***

Pořadatel:

Občanské sdružení Muž 21. století, o.s.

Záštita:

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

6.–7. 4. 2017

Hotel Dlouhé Stráně, s.r.o., Loučná nad Desnou



Abstrakta



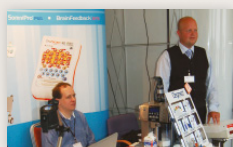
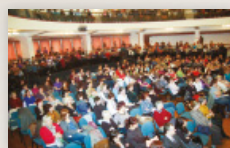
Časopisy, reprints,
edukační
materiály

Knihy a odborné
publikace



Webové stránky
časopisů, kongresů,
archiv, e-shop

Kongresy,
semináře
a akce na klíč



Pořadatel

Občanské sdružení Muž 21. století, o.s.

Záštit

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Prezidenti

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Programový výbor

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.

MUDr. Milan Král, Ph.D.

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Jitka Hanousková

Irena Kader Agová

Organizátor

SOLEN, s. r. o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Organizační sekretariát:

Mgr. Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz

Organizační zajištění programu a abstrakt:

Ing. Jana Tajovská, 777 557 423, tajovska@solen.cz

Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz

Zajištění reklamních ploch:

SOLEN, s.r.o, Charlese de Gaulla 3, 160 00 Praha 6,

Ing. Martina Osecká, 724 984 450, osecka@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

Supplementum A časopisu Urologie pro praxi

Citační zkratka: Urolog. praxi 2017; 18(Suppl A)

MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM

Čtvrtek 6. 4. 2017 / lékařská sekce

13.00–13.10 Slavnostní zahájení

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

13.10–14.40 Doktorandský studijní program –

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

doc. MUDr. František Zátura, Ph.D.

- **Vývoj radionuklidových a ultrazukových nálezů u pacientů po operaci kojenecké hydronefrózy – dlouhodobé výsledky** – MUDr. Jan Šarapatka, MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.
- **Využití MRI – cílené biopsie prostaty v režimu active surveillance** – MUDr. Šárka Kudláčková, MUDr. Milan Král, Ph.D., MUDr. Zbyněk Tüdös, Ph.D.
- **Techniky roboticky asistované radikální prostatektomie zlepšující postprostatektomickou inkontinenci** – MUDr. Vladimír Študent
- **Operační léčba postprostatektomické inkontinence moči** – MUDr. Eva Burešová, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- **Kvalita života u pacientů s karcinómem prostaty** – MUDr. Ján Švihra
- **Možnost ovlivnění funnelingu proximální uretry u žen se stresovou inkontinencí moči implantací tahu prosté pásky** – MUDr. Radek Sýkora
- **Variabilita uroflowmetrie během 24 (resp. 48) hodin u symptomatických pacientů: projekt prohrádní studie** – MUDr. Libor Luňáček, doc. MUDr. František Zátura, Ph.D.

14.40–15.30 Karcinom prostaty – garanti: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

- **Robotická chirurgie v ČR v roce 2016** – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- **Hodnocení ročních zkušeností s robotickou chirurgií** – doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

15.30–16.00 Přestávka

16.00–18.30 Kvalita života – garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- **TESTIM® – nová možnost substituční terapie testosteronem** – MUDr. Aleš Horák
- **Sex po radikální prostatektomii?** – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.
- **Doporučené postupy, diagnostika a léčba nykturie v ČR** – doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.
- **LUTS/OAB – možnosti léčby – diskuzní blok** – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Aleš Vidlář Ph.D., FEBU, MUDr. Eva Burešová

- **Novinky v terapii OAB** – MUDr. Eva Burešová
- **mLUTS a IPSS (individuální posouzení současného stavu)** –
MUDr. Aleš Vidlář Ph.D., FEBU, MUDr. Šárka Kudláčková
- **BPH s úlevou. Živá přednáška, která má duši** – Mgr. Jana Malá,
MUDr. Kateřina Želiszewská
(Přednášky v rámci sympózia společnosti GlaxoSmithKline)

18.30–19.00 **Mezioborový diskuzní panel na téma: Pohled biochemika a klinika na racionální aplikaci americké borůvky a silymarinu v urologii** –
prof. MUDr. RNDr. Vilém Šimánek, DrSc., MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU

19.00–20.00 **Posterová sekce – „Prezentujte svoje zkušenosti“**
garanti: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

- **Skrotální herniácie močovodov pri komplikovanej vrodenej anomálii močových ciest** – MUDr. Jaroslav Molčan, MUDr. Vladimír Baláž, Ph.D.,
MUDr. Roman Koreň, Ph.D.
- **Výskyt monostrožního, familárního, pleomorfního sarkomu v sourozenecké linii** – MUDr. Sucháček Tomáš, MUDr. Kajfosz Petr, MUDr. Stegmann Patrik
- **Zdvojená uretra u 12letého chlapce, kazuistika** – MUDr. Peter Kuliaček,
MUDr. Ivo Novák, Ph.D.
- **Postradiační hemoragická cystitida – terapeutické možnosti** –
MUDr. Michal Šurík, MUDr. Jan Pokorný, FEBU, MBA, MUDr. Vladimír Študent,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU

20.00 **Zahájení společenského programu**

Pátek 7. 4. 2017 / lékařská sekce

8.00–10.05 **Kazuistiky rezidentů** –
garanti: prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., MUDr. Milan Král, Ph.D.,
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU, MUDr. Miroslav Krhovský, MUDr. Roman Staněk,
MUDr. Miroslav Štursa, doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.,
MUDr. Antonín Karásek

- **Spontánní intratestikulární hematoma** – MUDr. Pavel Kříž
- **Primární lymfom nadvarlete** – MUDr. Tomáš Kovář
- **Tumor varlete ze Sertoliho buněk s kalcifikacemi** – MUDr. Jana Bocková
- **Fraktura penisu** – MUDr. Petr Müller
- **Význam MRI v diagnostice fraktury penisu na kazuistice 16letého chlapce** –
MUDr. Pavel Navrátil
- **Gangréna penisu** – MUDr. Jan Novák

- **Skrotální urolitiáza** – MUDr. Michaela Motolová
- **Hyperbarická oxygenoterapie jako možnost adjuvantní léčby u Fournierovy gangrény** – MUDr. Jakub Baron
- **Časná diagnostika Zinnerova syndromu u dítěte – přínos magnetické rezonance** – MUDr. Jan Šarapatka
- **Maligní tumor ledvin dětského věku u dospělého pacienta** – MUDr. Jan Tomášek
- **Ektopický ureter a jeho operační řešení před brachyterapií karcinomu prostaty** – MUDr. Marek Hok
- **Suspektní neoplazie dolního kalichu ledviny s následnou diagnózou velkobuněčného B lymfomu** – MUDr. Petra Vltavská
- **Karcinom ledviny s nádorovým trombem do pravé srdeční síně** – MUDr. Pavel Žemla
- **Nádorová duplicita po resekci ledviny** – MUDr. František Hruška
- **Suspektní neoplazie ledviny s paraaortální lymfadenopatií se závěrečnou diagnózou sarkoidózy ledvin a paraaortálních uzlin** – MUDr. Barbora Cudráková
- **Leiomyosarkom dolní duté žíly – peroperační nález** – MUDr. Hana Musilová
- **Emfyzematózní pyelonefritida** – MUDr. Martin Mistr
- **Emfyzematózní pyelonefritida u pacienta s enteroureterální píštělí** – MUDr. Iveta Štrajtová
- **Hematurie jako fatální pozdní komplikace radioterapie pro karcinom prostaty** – MUDr. Lucie Štěpáníková
- **Recidivující makroskopická hematurie z dolních močových cest postaktinické etiologie u pacienta v pokročilém věku řešená salvage cystektomií** – MUDr. Petr Dolák
- **Atypická sekundární malignita po radioterapii prostaty** – MUDr. Petr Tureček
- **Rozuzlení: komplikace po radikální hysterektomii** – MUDr. Andrej Kolodzej
- **Iliko-ureterální píštěl – raritní příčina hematurie** – MUDr. Libor Luňáček

10.05–10.15 **Přestávka**

10.15–10.55 **Pokročilý karcinom prostaty** –
garant: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- **Androgenní deprivace v rutinní praxi** – MUDr. Hana Študentová, Ph.D.
- **Možnosti léčby kastroresistentního karcinomu prostaty** – doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- 10.55–11.45 Diagnostika karcinomu prostaty –**
garant: doc. MUDr. František Zátūra, Ph.D.
- **Přínos PHI v diagnostice karcinomu prostaty –** MUDr. Milan Král, Ph.D.
 - **Principy navigace s fúzí při biopsii prostaty –** doc. MUDr. František Zátūra, Ph.D.
 - **Diagnostika karcinomu prostaty – mpMR, MR-TRUS biopsie –** MUDr. Pavla Hanzlíková
 - **První zkušenosti s využitím MRI/TRUS softwarové fúze při biopsii prostaty na urologické ambulanci SAGENA –** MUDr. Tomáš Pavlosek
- 11.45–11.55 Rizika spojená s pojištěním odpovědnosti lékaře –** Mgr. Radka Plačková
- 11.55–13.15 Novinky a praktické zkušenosti z urologie –** garanti: doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU
- **Urologické operace u pacientů vyššího věku (rizika a komplikace) –** MUDr. Jan Tomášek
 - **Urologické komplikace onkologické léčby v gynekologii – pětiletá retrospektivní studie z jednoho centra –** MUDr. Jiří Špaček, doc. MUDr. Jiří Špaček, Ph.D., prof. MUDr. Jiří Petera, Ph.D., doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.
 - **Inkontinence po operaci prostaty, jak vyšetřovat a koho léčit –** MUDr. Eva Burešová
 - **Použití úzkopásmového zobrazení (NBI) v diagnostice karcinomu močového měchýře –** MUDr. Milan Král, Ph.D.
 - **Vazoligatura – praktické typy –** MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.
 - **Život urologa v Německu –** MUDr. Hynek Skoták
- 13.15 Vyhodnocení soutěžního bloku kazuistik, závěr sympozia**

Čtvrtek 6. 4. 2017 / **sesterská sekce I**

Sesterská sekce je organizována ve spolupráci s Aesculap Akademií

- 14.30–16.30** garanti: doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., Jitka Hanousková, Bc. Lenka Pásztorová
- **BCG** – Miroslava Šefčíková, Karla Krejčířiková
 - **Stresová inkontinenci – posilování pánevního dna** – Stanislava Hilšnerová, Zuzana Hrabcová
 - **Implantace pásek a sítěk** – Dagmar Vaculíková, Jitka Bajnoková
 - **Zapomenutý stent aneb někdy dobrá edukace nestačí** – Bc. Lucie Mellwig
 - **Ewingův sarkom aneb mládí a nemoc, proč tak moc?** – Marie Schindlerová, Jana Pikalová
 - **Komplikace urostomií** – Bc. Pavla Őrhalmi
 - **BCG imunoterapie při onemocnění nádoru močového měchýře** – Lenka Ďurišová
 - **Pacientka vyžadující interdisciplinární péči** – Zuzana Kusýová
- 16.30–17.00** **Přestávka**
- 17.00–18.30** garantky: Irena Kader Agová, Veronika Sotonová
- **Rok provozu centra robotické chirurgie ve FN Hradec Králové** – Bc. Veronika Sotonová
 - **Roboticky asistovaná prostatektomie** – Bc. Lucie Šmejkalová
 - **Vývoj a nové techniky u radikální cystektomie používané na našem pracovišti** – Martina Fričarová
 - **Olomoucké robotické centrum od 0 až ke 1 800 výkonům** – Irena Kader Agová
 - **Role biomedicínského inženýra v nemocnici** – Ing. Jakub Král

Pátek 7. 4. 2017 / **sesterská sekce II**

- 9.00–10.00** garantky: Jitka Hanousková, Bc. Lenka Pásztorová
- **Možnosti léčby ED po operacích prostaty – RARP (KARON)** – Olga Pavelková, Lucie Huňová
 - **Zátěž GI Tu po urologických operacích – pohled urologa versus anesteziologa** – Bc. Iva Baumová
 - **Karcinom penisu – kazuistika** – Bc. Ivona Komorníková
 - **Problematika nádorového onemocnění varlat** – Bc. Lenka Pásztorová
 - **Priapismus – vzácná porucha i dobrovolný stav** – Tomáš Kaplan
- 10.00–10.30** **Syndrom vyhoření** – Mgr. Jana Malá
- 10.30–11.00** **Přestávka**
- 11.00–13.00** **Workshop: Resuscitace ve zdravotnickém zařízení** – MUDr. Jiří Špaňhel
- 13.00** **Závěr sympozia**

Doktorandský studijní program

garanti: doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., doc. MUDr. František Zátūra, Ph.D.

ČTVRTEK / 6. 4. 2017 / 13.10–14.40

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

MUDr. Jan Šarapatka,
doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Cílem práce je zhodnocení efektivity časné pyeloplastiky porovnáním předoperačních a pooperačních ultrazvukových (UZ) a radionuklidových nálezů u skupiny dětí operovaných pro obstrukci pelviureterální junkce (PUJ) do 1 roku života se skupinou dětí operovaných v pozdějším věku. Prospektivně jsme sledovali soubor dětí operovaných pro obstrukci PUJ v letech 2005–2012. Délka sledování po operaci byla 3 roky. Zaznamenali jsme UZ a radionuklidové nálezy před operací a v prvním, druhém a třetím roce po operaci. Statisticky jsme srovnali parametry v každé skupině s kontralaterální, zdravou ledvinou a také mezi jednotlivými skupinami. Celkem jsme operovali 190 dětí, z toho 110 do jednoho roku věku (skupina 1) a 80 dětí operovaných ve starším věku (skupina 2). Procentuální nárůsty jednotlivých parametrů operovaných ledvin ve skupině 1 a 2 byly: délka o 26 % vs. 11 %, parenchym o 200 % vs. 94,7 % a funkce ledviny 6,7 % vs. 2 %. Redukce dilatace pánvičky byla v obou skupinách srovnatelná. Výsledky studie potvrzují

efektivitu pyeloplastiky provedené v kojeneckém věku. U této skupiny dětí došlo pooperačně k výraznějšímu nárůstu délky ledviny, nárůstu ledvininného parenchymu a ledvininné funkce oproti skupině starších dětí.

Využití MRI – cílené biopsie prostaty v režimu active surveillance

MUDr. Šárka Kudláčková¹,
MUDr. Milan Král, Ph.D.¹,
MUDr. Zbyněk Tüdös, Ph.D.²

¹Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

²Radiologická klinika FN a LF UP Olomouc

Cíl: Zjistit přínos MRI cílené biopsie prostaty při detekci klinicky signifikantního karcinomu prostaty u pacientů v režimu active surveillance.

Materiál a metody: V období říjen/09 až duben/16 bylo do režimu active surveillance zařazeno 56 pacientů splňujících Epsteinova kritéria. V průběhu sledování bylo u části z nich doplněno MRI. V průběhu sledování byla provedena systematická rebiopsie či cílená dle MRI současně se systematickou. Pacienti, kteří v průběhu sledování nesplnili Epsteinova kritéria, byli směřováni k radikální prostatektomii.

Výsledky: Z 56 pacientů splňujících Epsteinova kritéria zařazených do režimu active surveillance bylo u 48 % (27/56) provedeno MRI. Pozitivní nález na

MRI byl u 85 % (23/27). V průběhu sledování byla u 43 pacientů provedena systematická rebiopsie a u 13 pacientů cílená rebiopsie. Ve skupině systematických rebiopsií bylo 53 % pozitivních (23/43) a 52 % (12/23) pro nesplnění Epsteinových kritérií bylo směřováno k radikální léčbě. Ve skupině cílených biopsií bylo 46 % pozitivních (6/13) a z nich pro nesplnění Epsteinových kritérií bylo 66 % (4/6) směřováno k radikální terapii.

Závěr: Cílená rebiopsie prostaty pomocí MRI u pacientů v režimu active surveillance zvýšila záchyt klinicky signifikantního karcinomu prostaty, pro který byli pacienti směřováni k radikální léčbě. Na základě našich zkušeností cílená rebiopsie činí režim active surveillance bezpečnějším pro pacienta.

Techniky roboticky asistované radikální prostatektomie zlepšující postprostatektomickou inkontinenci

MUDr. Vladimír Študent

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod a cíle: Velkým problémem radikální prostatektomie (RP) stále zůstává stresová inkontinence, která u mužů nejčastěji vzniká právě po RP. Mechanismus vzniku post-prostatektomické inkontinence (PPI) není zcela jasný, i když je zřejmé, že díky operaci dochází k narušení funkčních a anatomických mechanismů nejen sfinkteru, ale i celého komplexu pánevních svalů a fascií. V posledních letech byla publikována celá řada prací popisujících intraoperativní techniky zlepšující pooperační kontinenci. Naším cílem je ukázat operační techniky, které mají za cíl zlepšení kontinence po RP a přiblížit zkušenosti s jejich klinickou aplikací.

Metodika: Prostudovali jsme literární zdroje z česky a anglicky psaných periodik v databázi PubMed po rok 2017 a sestavili přehled operačních technik.

Výsledky: V ideálním případě by se během RP měly zachovat funkčně-anatomické vztahy v páni jako před operací. Toho lze dosáhnout jednak zachováním či šetřením některých struktur, nebo pokud to není možné, jejich rekonstrukcí po odstranění prostaty. Další možností je „umělé“ posílení některých struktur či vytvoření nových s cílem snížit PPI. Z možných technik uvádíme některé příklady. Jedná se o hrdlo měchýře šetřící techniky, rekonstrukční či jiné úpravy hrdla provádějící techniky, semenné vázky šetřící metody, techniky předcházející vzniku striktur anastomózy, techniky šetřící periprostatické fascie a vazy, nervy šetřící techniky, uretru šetřící techniky, různé druhy rekonstrukce (zadní, přední, totální), tzv. slingové operace elevující uretru, resp. anastomózu, dále různé způsoby drenáže měchýře po operaci (či její délka) a v neposlední řadě při robotické či laparoskopické operaci i operační přístup (transperitoneální či extraperitoneální). Problémem stále zůstává různá kvalita odborných prací zabývajících se touto problematikou. Liší se v designu studie, počtu pacientů, způsobu hodnocení kontinence, či v tom, že kombinují více technik.

Závěr: Ani jeden chirurgický postup patrně sám o sobě nezlepšuje kontinenci. Také ne všechny techniky jsou vhodné pro každého pacienta, přičemž je jasné, že onkologická stránka operace je ta nejdůležitější. Nelze tak dát zatím jednoznačné doporučení, kterou metodu preferovat. Jsme ale toho názoru, že naším úkolem, tedy úkolem chirurgů, by mělo být snížit počet

nových případů PPI spíše než PPI řešit až když nastane, což znamená pokusit se některou z těchto metod aplikovat při rutinním provádění RP.

Operační léčba postprostatektomické inkontinence moči

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

Úvod: Radikální prostatektomie (RP) představuje zlatý standard léčby lokálního karcinomu prostaty. I přes zlepšující se techniku může tato operace zanechat dlouhodobé následky. Inkontinence moči patří mezi nejvíce obávanou komplikaci. Autoři ve své práci představují své výsledky terapie pomocí implantace systému ATOMS (Adjustible Trans Obturator Male System).

Metodika: Od května 2010 do ledna 2016 jsme provedli 37 implantací systému ATOMS. Indikací byla minimálně rok trvající stresová inkontinence moči po RP, která přetrvávala i přes RHB terapii. Každý pacient byl dovyšetřen (mikční deník, UFM, PVR a endoskopie). Kompletní urodynamické vyšetření bylo provedeno jen při podezření na přítomnost smíšené inkontinence k vyloučení urgentní inkontinence. Kontraindikací k implantaci ATOMS bylo biochemické selhání karcinomu prostaty a neléčená uroinfekce.

Výsledky: V našem souboru se nevyskytly žádné závažné pooperační a pooperační komplikace. U většiny pacientů se vyskytly perinealgie v časném pooperačním období, které skoro u všech pacientů odezněly do 2 týdnů od implantace. Pouze u jednoho pacienta po předchozí radioterapii trvaly 6 měsíců,

provedená MRI perinea neobjevila zdroj potíží. V jednom případě došlo 3 měsíce po operaci ke vzniku drobné píštěle na perineu, která se po ATB terapii uzavřela. U jednoho pacienta 2 měsíce po operaci došlo k vyhojení portu. I přes ATB terapii bylo nutné provést jeho odstranění a reimplantaci po 3 měsících od zahojení rány po předchozí revizi. Další pacient nedodržel pooperační klidový režim a při fyzické námaze si utrhl fixační rameno systému, proto byl 3 měsíce od implantace reoperován. Bohužel se u něj později objevila infekce polštářku systému, a proto byl 7 měsíců od primární implantace celý systém explantován.

U 34 z 37 pacientů jsme po nastavení systému dosáhli sociální kontinence, která je definována jako stav, kdy je pacient schopen žít normální život s použitím maximálně 1 vložky denně. Tento výsledek je možný díky snadné adjustabilitě systému ATOMS. Pouze 1/3 pacientů nepotřebovala po operaci doplnit systém. U většiny nemocných bylo nezbytné přidat náplň systému (1–16krát). Průměrně po 2 letech od operace bylo nutné u některých nemocných doplnit systém (o 1–2 ml) s následným znovuoobnovením kontinence. U každého pacienta byla provedena uroflowmetrie bez průkazu obstrukce a klinicky bezvýznamným postmikčním reziduem. V časném pooperačním období došlo u jednoho pacienta k retenci moči, která se vyřešila přechodným zavedením katétru.

Závěr: Implantace systému ATOMS je bezpečná metoda řešení inkontinence po RP. V našem souboru jsme dosáhli dobrých výsledků bez závažných komplikací. Největší výhodou je jeho snadné nastavení podle potřeb pacienta. S časovým odstupem od operace je u některých nemocných nutné systém doplnit k udržení kontinence.

Kvalita života u pacientov s karcinómom prostaty

MUDr. Ján Švihra

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod: Zhodnotenie kvality života u pacientov s rakovinou prostaty pomocou dotazníkov je neoddeliteľnou súčasťou štandardnej starostlivosti na špičkových klinikách. Skrátenejšia verzia dotazníka EPIC, ktorá nesie názov EPIC-CP, sa vďaka svojej dĺžke ukazuje ako vhodná na použitie v praxi. Pozostáva zo 16 otázok graficky usporiadaných do rozsahu jednej strany. Jednotlivé otázky spadajú pod päť domén, a to inkontinencia moču, močová iritácia/obštrukcia, fungovanie čriev, sexuálne funkcie a životný elán/hormonálne funkcie. Na základe odpovedí pacienta sa vypočíta skóre pre každú doménu zvlášť ako aj pre celý dotazník. Dotazník je pred použitím v našom jazyku nutné validovať podľa prísnych pravidiel.

Cieľ: Validovať dotazník najskôr do českého a potom aj slovenského jazyka a realizovať pilotnú štúdiu na našich pacientoch.

Možnost ovlivnění funnelingu proximální uretry u žen se stresovou inkontinencí moči implantací tahu prosté pásky

MUDr. Radek Sýkora

Urologické oddělení FN Ostrava

Funneling močové trubice bývá diagnostikován u pacientek se stresovou či smíšenou inkontinencí moči. V patogenezi se uplatňuje alterace anatomické podpory hrdla močového měchýře a proximální uretry. Jeho diagnostika je

především sonografická, což je dáno dostupností a minimální náročností tohoto vyšetření. Význam přítomnosti funnelingu z hlediska inkontinence moči je dáván do souvislosti s Barringtonovou teorií zesílení kontrakce detruzoru při podráždění slizničních receptorů proximální uretry první dávkou moči, která se v ní ocitá. Studie zabývající se možností ovlivnění funnelingu přinášejí doposud sporné výsledky. Cílem naší práce bude tedy odpovědět, zdali naložením tahu prosté pásky u žen s hypermobilitou uretry ovlivníme perzistenci případného funnelingu proximální uretry, a dále jaký to bude mít vliv na perzistenci symptomu inkontinence. Předkládané sdělení shrnuje současné možnosti diagnostiky a léčby stresové inkontinence moči a zabývá se posledními poznatky v oblasti možnosti ovlivnění funnelingu močové trubice.

Variabilita uroflowmetrie během 24 (resp. 48) hodin u symptomatických pacientů: projekt prográdní studie

MUDr. Libor Luňáček¹,

doc. MUDr. František Zátūra, Ph.D.²

¹Urologické oddělení FN Ostrava

²Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod: Uroflowmetrie je základní, neinvazivní, pacienta nijak nezatažující vyšetřovací metoda v urologii, která slouží ke zjištění průtoku moči močovou trubicí. Ve spojení se změřením postmikčního rezidia poskytuje informaci o evakuační funkci dolních cest močových, což má zásadní význam pro stanovení další diagnosticko-terapeutické strategie u pacientů vykazujících tzv. symptomy dolních cest močových označovaných jako LUTS (z angličtiny lower urinary tract symptoms).

Cíl: V běžné denní praxi se obvykle provádí jedno uroflowmetrické vyšetření se stanovením postmikčního rezidua v ambulanci. Základní otázkou je, zda se lze spolehnout jen na jedno jediné vyšetření provedené na ambulanci. Cílem studie je tak vyloučit či potvrdit vliv denní doby. Studie je zaměřena na muže ve věku 18 a více let vykazující LUTS.

Metoda: V současné době bylo vyšetřeno celkem 23 mužů ve věku 43–78 let (průměr 65,7 let), kteří vykazovali LUTS. Dle klinického protokolu absolvovali v rámci této studie vstupní a po 3 měsících výstupní vyšetření. Výstupní vyšetření absolvovalo již 9 probandů z aktuálního souboru. Během vstupního, resp. výstupního, vyšetření v ambulanci absolvovali vždy uroflowmetrii se stanovením postmikčního rezidua. Následně jim byl zapůjčen přenosný uroflowmetr prostřednictvím kterého zaznamenávali každou mikci ve sledovaném období v domácím prostředí. Po vrácení uroflowmetru následovalo kontrolní uroflowmetrické vyšetření se stanovením postmikčního rezidua v ambulanci.

Výsledky: Předběžná komparativní analýza získaných dat ukazuje variabilitu ve sledovaných proměnných (maximální průtok, průměrný průtok, doba do maximálního průtoku, mikční objem, charakter uroflowmetrické křivky a další) v závislosti na denní době u mužů s LUTS. Je patrný rozdíl mezi daty získanými z jednoho vyšetření provedeného v ambulanci oproti datům získaných z přenosné uroflowmetrie.

Závěr: Ze závěrů předchozí pilotní studie zaměřené na muže ve věku 18 a více let, kteří nevykazovali LUTS, nebyla prokázána závislost sledovaných proměnných na denní době. Byla prokázána závislost síly průtoku na náplni močového měchýře. Byla jednoznačně prokázána korelace mezi silou průtoku a věkem. Naproti tomu na základě předběžné analýzy dat, ze studie zaměřené na pacienty s LUTS, zjišťujeme variabilitu ve sledovaných proměnných v závislosti na denní době. Vystává otázka, nakolik se lze v běžné denní praxi spolehnout jen na výsledky jednoho vyšetření provedeného v ambulanci.

Karcinom prostaty

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

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

ČTVRTEK / 6. 4. 2017 / 14.40–15.30

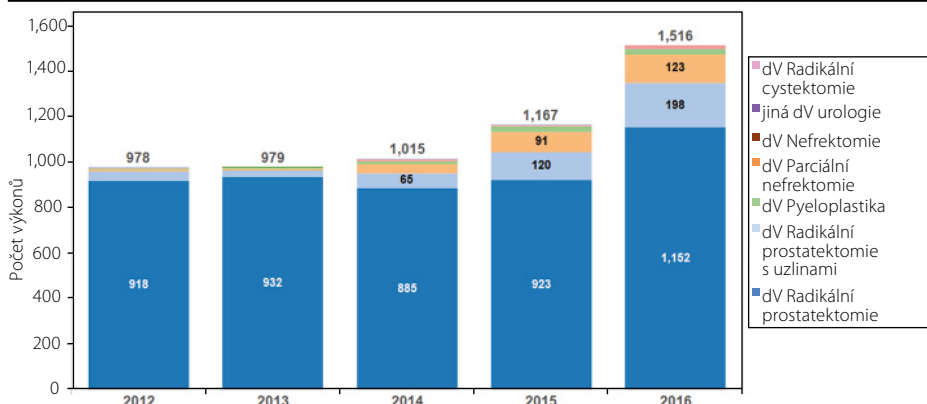
Robotická chirurgie v ČR v roce 2016

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Robotická chirurgie se v ČR neustále rozšiřuje. Hlavním nositelem robotických výkonů je stále urologie. Vznikla a plánují se nová centra.

Graf. Robotické výkony v urologii v ČR



Hodnocení ročních zkušeností

s robotickou chirurgií

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Po mnohaletém a neskutečně náročném úsilí se podařilo v prosinci 2015 instalovat robotický systém da Vinci Xi a od konce ledna zahájit robotem-asistovanou chirurgii ve FN HK. První operace byla provedena 27. 1. 2016, jednalo se o radikální prostatektomii. Do konce roku 2016 bylo provedeno celkem 96 radikálních prostatektomií,

13 hysterektomií a 7 resekci rekta. První 4 operace byly provedeny pod dohledem zkušeného lektora (tutora) prim. Schramla z Robotického centra Ústí nad Labem. V průběhu roku došlo k výraznému snížení časů přípravy operačního sálu, robotického systému, doby operace a podobně. Krevní ztráty byly minimální a u žádného pacienta nebyla podána krevní transfuze. Při srovnání s laparoskopickým přístupem potvrzujeme výrazné zlepšení v možnosti přesné preparace a neuvěřitelné zlepšení při šití vezikouretrální anastomózy. Největší komplikací byla

paréza horní končetiny u dvou pacientů, které se po delším čase a rehabilitaci upravila. Průměrná doba hospitalizace se snížila z 9 na 6 dnů, per-

manentní katétr se extrahoval 7. pooperační den. Největším problémem byly způsoby vykazování a úhrady od zdravotních pojišťoven.

Kvalita života

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

ČTVRTEK / 6. 4. 2017 / 16.00–18.30

TESTIM® – nová možnost substituční terapie testosteronem

MUDr. Aleš Horák

ANDROPHARM medical s.r.o., Ostrava

V současnosti v souvislosti se zvýšením kvality života dochází k nárůstu počtu hypogonadických pacientů vyžadujících substituční terapii testosteronem (TRT).

Díky této skutečnosti je nutné zvolit nejvhodnější formu aplikace testosteronu pro daného pacienta a dodržovat doporučení odborných společností zabývajících se touto problematikou.

Aktuálně je v České republice k dispozici testosteron ve formě tablet UNDESTOR®, krátkodobě působící depotní injekce SUSTANON®, dlouhodobě působící depotní injekce NEBIDO® a nově transdermální gel TESTIM®. Pro každého pacienta je třeba individuálně zvolit konkrétní formu podání testosteronu, její dávku a následnou dispenzarizaci pacienta. TESTIM®, jako poslední uvedený na trh, je transdermální gel určený k denní aplikaci na kůži. Maximální plazmatické hladiny testosteronu jsou dosaženy za 4–6 hodin po aplikaci.

Výhodou je dosažení relativně stabilních plazmatických hladin testosteronu na rozdíl od injekčních forem aplikace. Z hlediska prostatické a kardiovaskulární bezpečnosti je také výhodou možnost okamžitého ukončení léčby. Relativní nevýhodou je nutnost pravidelné denní aplikace gelu a vyšší cena ve srovnání s ostatními možnostmi TRT. EAU doporučuje k TRT právě krátkodobě působící preparáty.

Sex po radikální prostatektomii?

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Incidence karcinomu prostaty (KP) neustále vzrůstá. Kromě dobrých onkologických výsledků, které jsou samozřejmě primárním cílem při indikování radikální prostatektomie (RP), musíme nutně řešit i funkční dopady této léčby. U většiny pacientů po RP se kvalita života po operaci změní, protože dochází do určité míry k problémům s inkontinencí a erektilní dysfunkcí. Což jsou dva nejvýznamnější faktory výrazně negativně ovlivňující každodenní život pacientů po RP. S pacientem je potřeba tyto faktory vzít

v úvahu již při plánování způsobu vlastní léčby lokalizovaného KP.

Společně s vývojem tzv. nerve sparing operačních postupů se v posledních letech diskutuje koncept penilní rehabilitace, což je soubor opatření, jejímž smyslem je vyhnout se prodloužené periodě penilní flacity, která může vést k nevratným změnám v kavernózních tělesech. Nejčastěji se podávají PDE-5 inhibitory nebo se aplikují vazoaktivní látky intrakavernózně, nyní máme možnost aplikace alprostadilu i lokálně. Rovněž je zvažována a diskutována účinnost rázové vlny. Celý koncept předpokládá dobrou spolupráci pacienta s lékařem, sexuálním partnerem a musí být vysoce individualizovaný.

Doporučené postupy, diagnostika a léčba nykturie v České republice **doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.**

Urologické oddělení FN Ostrava

Nykturie je definována jako stížnost na probuzení z nočního spánku pocitem nucení na močení. Každá nykturie musí být předcházena a následována spánkem. Jedná se o symptom dolních močových cest, který často bývá prvním důvodem, proč pacient vyhledá pomoc lékaře. Nykturii je možno vnímat v širším kontextu jako samostatnou klinickou jednotku s velmi složitou a multifaktoriální etiopatogenezou. Mezi hlavní rizikové faktory nykturie patří věk, metabolický syndrom, životní styl, etnická příslušnost, socioekonomický status, operace v oblasti pánve, menopauza, specifické okolnosti a komorbidity jako např. benigní hyperplazie prostaty, hyperaktivní močový měchýř, diabetes mellitus, hypertenze, koronární onemocnění, deprese, spánková

apnoe a neurologická onemocnění. Nykturie je asociována s řadou závažných zdravotních problémů jako je chronická únava, riziko pádů, srdeční selhání apod. Nezpochybnitelný je zásadní dopad nykturie na kvalitu života pacientů. Prevalence nykturie je vysoká a roste s věkem, v Evropě se s ní setkává více než 50 % populace starších 65 let. Nejčastější příčinou nykturie je noční polyurie.

Cílem diagnostiky nykturie je především zjistit, zda v daném případě skutečně jde o nykturii a následně rozlišit její základní příčiny (diferenciální diagnostika mezi polyurií, noční polyurií a/ nebo sníženou kapacitou močového měchýře). V diagnostice nykturie hrají stěžejní roli neinvazivní vyšetřovací metody. Nejdůležitějším diagnostickým nástrojem je anamnéza a analýza mikčního deníku. Další obligatorní součástí diagnostiky nykturie je urologické fyzikální vyšetření, kompletní vyšetření moči a vyšetření postmikčního rezidua. V případě potřeby doplňujeme další specializovaná vyšetření.

Základem léčby polyurie jsou zejména režimová opatření, základem léčby noční polyurie je podávání desmopresinu, syntetického analoga antidiuretického hormonu vasopresinu, který zvyšuje koncentrační schopnosti distálního tubulu nefronu, a tím snižuje objem produkované moči. Léčba poruch jímací funkce močového měchýře spočívá v režimových opatřeních a farmakologické léčbě pomocí anticholinergik nebo betamimetik. Na jímací symptomy dolních močových cest včetně nykturie u mužů mohou mít také pozitivní vliv alfa-blokátory.

V současné době jsou k dispozici doporučení pro diagnostiku a léčbu nykturie v podmínkách denní urologické praxe v České republice.

Novinky v terapii OAB

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Mezi nejčastější mikční dysfunkce bezesporu patří OAB syndrom. Dle epidemiologických studií postihuje přibližně 1/3 populace nad 65 let věku. Proto se urologové ve svých ordinacích běžně potkávají s pacienty trpícími tímto syndromem. Sice se nejedná o život ohrožující onemocnění s infaustní prognózou, přesto může pacientům významně zhoršovat kvalitu života.

Diagnostika OAB je snadná, ve většině případů stačí provést neinvazivní postupy. Samozřejmostí je základní urologické vyšetření, včetně analýzy moči a sonografie ledvin a močového měchýře. Nezbytnou součástí vyšetřovacího algoritmu je analýza močového deníku. Stále platí, že kompletní urodynamické vyšetření je indikováno jen u pacientů nereagující na konzervativní terapii, nebo pokud je vysloveno podezření na kombinovanou mikční dysfunkci.

Základem léčby OAB syndromu je farmakoterapie. Antimuskarinika jsou účinná v 60–80 % případů. Nevýhodou je relativně častý výskyt vedlejších nežádoucích účinků. Také mezi pacienty existují individuální rozdíly, včetně tolerance jednotlivých preparátů. Obecně platí, že výhodou preparátů druhé generace, tzv. měchýř selektivních látek, je lepší tolerabilita léčby. V literatuře je možné najít práce, které srovnávají účinek jednotlivých látek, ale je jen omezené množství informací o srovnání efektivity a tolerability preparátů druhé generace. Všeobecně se dá říci, že neexistuje univerzální lék stejně účinný pro všechny pacienty. Proto se v běžné praxi stává, že se vyzkouší celé spektrum anti-

cholinergik, než se najde ten pro pacienta nejvhodnější. Proto jsou vždy pozitivně vítány nově registrované léky. V ČR je nově na trhu dostupný darifenacin (Emselex®) ve 2 dávkách 7,5 a 15 mg, který patří do 2. generace antimuskarinik. Různé dávky umožňují u každého pacienta individuálně titrovat léčbu. Indikací použití darifenacinu je idiopatický OAB syndrom. U dětí a u neurogen- ní detruzorové hyperaktivity zatím chybí data. V případech renálního selhání není třeba dávku redukovat. Naopak u hepatopatie se doporučuje jen dávka 7,5 mg, protože hrozí riziko zvýšené expozice. U pacientů s poruchou kognitivních funkcí nejsou známa data o bezpečnosti.

Pokud selže antimuskarinní terapie, je další volbou použití beta3mimetik, která je pacienty dobře tolerována. Nepříznivou novinkou je omezení úhrady mirabegronu (Betmiga®) ze strany zdravotních pojišťoven. Je možné zažádat o zvýšení úhrady na tento přípravek s odůvodněním, proč je léčba u daného pacienta indikována. V případě jediné možné terapie je šance, že zdravotní pojišťovna léčbu uhradí, ale schvalovací proces je někdy velmi obtížný a zdlouhavý.

BPH s úlevou. Živá přednáška, která má duši

Mgr. Jana Malá¹,

MUDr. Kateřina Želiszewska²

¹Mentální lázně, Olomouc

²GlaxoSmithKline s.r.o.

Současný životní styl klade důraz na aktivitu a výkonnost, a to tak, jak pokračuje trend stárnutí evropské populace, i v kategorii mužů zralého vyššího věku. S tím souvisí i potřeba udržení si co nejlepšího zdravotního stavu i v pozdním

věku. Benigní hyperpalzie prostaty je častým onemocněním mužů nad 60 let a ačkoliv se nejedná o „život ohrožující“ onemocnění, může svými příznaky významně narušit kvalitu života (QoL) těchto pacientů v řadě oblastí – od pracovního po rodinný život. Výsledky populačních studií naznačují, že vliv středně těžké–těžké BPH na QoL může být přirovnán k epilepsii vyžadující chirurgické řešení, diabetu, astmatu nebo k chronické obstrukční plicní nemoci. BPH je progresivní onemocnění, s postupem času dochází ke zvyšování frekvence a intenzity příznaků a u některých pacientů také k výskytu komplikací jako akutní močová retence nebo potřeba operativního zákroku. Narušení pracovní činnosti a koncentrace pro močové obtíže, nemocnost

a psychická rozladěnost související s narušením spánku, změny ve společenském životě a zapojení se do aktivit, obtíže v intimní oblasti a vztazích v důsledku BPH či léčby a možné obavy z budoucích komplikací či karcinomu, jsou věci, kterým pacient s BPH musí nově čelit. Stávající doporučení managementu léčby nejsou zacílena pouze na okamžitou úlevu od obtíží, ale také s ohledem na budoucí prognózu i na identifikaci pacientů ve zvýšeném riziku progresu. Partnerství a neustálá komunikace mezi lékařem a pacientem nabývají na významu na společné cestě hledání optimální strategie léčby, která je stále více individualizována a zohledňuje nejen zdravotní stav pacienta a míru progresu onemocnění, ale i pacientovy preference a očekávání.

Mezioborový diskuzní panel na téma: Pohled biochemika a klinika na racionální aplikaci americké borůvky a silymarinu v urologii

prof. MUDr. RNDr. Vilém Šimánek, DrSc.,

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU

ČTVRTEK / 6. 4. 2017 / 18.30–19.00

Pohled biochemika a klinika na racionální aplikaci americké brusinky a silymarinu v urologii

prof. MUDr. RNDr. Vilém Šimánek, DrSc.¹,
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU²

¹Ústav lékařské chemie a biochemie,
LF UP Olomouc

²Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Plody klikvy velkoplodé (*Vaccinium macrocarpon* Ait., Ericaceae) jsou jedněmi z nejčastěji používaných přírodních produktů pro prevenci infekcí močových cest (IMC). Byla publikována řada klinických studií (170 odkazů v MEDLINE) o účinku dlouhodobé konzumace šťávy nebo plodu na IMC. Většina z těchto studií byla zaměřena na profylaxi recidivující IMC u žen různých

věkových skupin. Americká brusinka se používá ve formě komerčních džusů (s obsahem 26% až 33% čisté šťávy plodu), kapslí/tablet obsahujících extrakt ze šťávy plodu nebo brusinkový prášek (100% pevných částí plodu). Ve slupce, dřeni a semenech jsou obsaženy biologicky aktivní pentacyklické triterpenoidy (kyselina ursolová) a čtyři hlavní druhy polyfenolů: fenolové kyseliny, flavonoidy, antokyaniny a proanthokyanidiny (PAC). PAC jsou dimery a oligomery katechinu a epikatechinu. V roce 1998 byl publikován *in vitro* inhibiční účinek proanthokyanidinů typu A na tvorbu biofilmu u uropatogenních *E. coli*. Na tuto skupinu látek je standardizována většina klinicky testovaných produktů obsahujících V. macrocarpon. Za účinnou denní dávku se považuje přípravek obsahující 36 až 72 mg PAC.

Ostropěstec mariánský (*Silybum marianum*) patří k rostlinám, jejichž léčivé vlastnosti jsou známy téměř tři tisíciletí. Silymarin je směs polyfeno-

lových látek (70 až 80%) a 20–30% polymerní frakce izolované ze semen *S. marianum*. Silymarin je jedním z nejlépe farmakologicky dokumentovaných rostlinných extraktů. Terapeutické použití silymarinu je spojeno zejména s jaterními onemocněními. Silymarin je deklarován jako fyto-terapeutikum v podpůrné terapii u hepatitid a jako chemoprotektivum k ochraně jater před toxickými účinky chlorovaných aromatických uhlovodíků, aflatoxinů, etanolu a dalších kancerogenních látek. Klinicky byly rovněž prokázány účinky silymarinu na zpomalení růstu hladiny specifického antigenu prostaty u pacientů po radikální prostatektomii, agonistický účinek na alfa- a beta-estrogenní receptory, pozitivní účinky na hladinu HDL a triacylglycerolů v krvi. Doporučená denní dávka je 100 až 800 mg silymarinu.

V přednášce je diskutováno racionální použití obsahových látek plodu *V. macrocarpon* a silymarinu v urologii.

Posterová sekce – „Prezentujte svoje zkušenosti“

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

ČTVRTEK / 6. 4. 2017 / 19.00–20.00

Skrotálna herniácia močovodov pri komplikovanej vrodenej anomálii močových ciest

MUDr. Jaroslav Molčan^{1,2},
MUDr. Vladimír Baláž, PhD.²,
MUDr. Roman Koreň, PhD.¹

¹II. Urologická klinika SZU, FNŠP Banská Bystrica

²Klinika detskej chirurgie SZU, DFNSP
Banská Bystrica

Úvod: U detí sa často vyskytuje umbilikálna, ingvinálna, resp. ingvino – skrotálna hernia.

Najčastejšími bývajú umbilikálna a inguinálna. Veľmi zriedkavá je herniácia časti močového mechúra, alebo močovodu. Prezентujeme raritnú kazuistiku – skrotálnu unilaterálnu herniáciu močovodov pri ich duplicite spojenou a anomáliou močovodov aj na kontralaterálnej strane.

Popis kazuistiky: 3mesačný chlapec bol prijatý na vyšetrenia pre postnatálne zistenú dilatáciu dutého systému obličiek a močovodov. Pri fyzikálnom vyšetrení bola prítomná ľavostranná skrotálna hernia. U chlapca boli vykonané zobrazovacie a endoskopické vyšetrenia, ktorými sa zistila komplikovaná vrodená anomália močových ciest. Obojstranne bolo prítomné zdvojenie dutého systému obličiek aj močovodov. Vpravo bola prítomná ureterohydronefróza horného segmentu obličky (so zachovalou funkciou) s obštrukciou močovodu, ktorý vyúsťoval ektopicky. Dolný segment a močovod pravej obličky bol bez zmien. Vľavo bola prítomná ureterohydronefróza horného segmentu obličky (s jeho afunkciou) s obštrukciou močovodu, ktorý vyúsťoval ektopicky a súčasne jeho časť prebiehala skrotálne – skrotálna herniácia. Dolný segment vľavo bol funkčný, bol prítomný veziko ureterálny reflux 4. st. a časť močovodu taktiež prebiehala skrotálne. Nález bol riešený operačne vo viacerých dobách – hemiureteronefektómiou horného segmentu a močovodu obličky vľavo, reimplantáciou močovodu dolného segmentu obličky vľavo a reimplantáciou močovodu horného segmentu obličky vpravo. Nález na obličkách a močových cestách po operácii sa upravil. Nedošlo k žiadnej komplikácii.

Záver: Skrotálna hernia u chlapcov je častým nálezom. Väčšinou sa jedná o herniáciu črevnej

kľučky, alebo omenta. V rámci dif. dg. je potrebné myslieť aj na raritne sa vyskutočujúcu herniáciu močovodu, hlavne pri náleze dilatácie močových ciest pri sonografickom vyšetrení.

Výskyt monštrózného, familiárneho, pleomorfného sarkomu v sourozenecké linii

MUDr. Tomáš Sucháček¹,

MUDr. Petr Kajfosz¹,

MUDr. Patrik Stegmann¹,

MUDr. Jaroslav Hynčica¹,

prof. MUDr. Jiří Klein, Ph.D., FETCS²,

MUDr. Zdeněk Adamik, Ph. D.³

¹Urologické oddělení Krajské nemocnice

T. Bati, a. s. Zlín

²Chirurgické oddělení Krajské nemocnice

T. Bati, a. s. Zlín

³Gynekologicko-porodnické oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín

Úvod: Poster informuje o výskytu monštrózného, familiárneho, pleomorfného sarkomu v sourozenecké linii. Při srovnání 2 kazuistik (sestra a bratr – nejsou dvojčata) je zahrnut popis diagnostiky, terapie a pooperačního průběhu s následnou dispenzarizací, včetně fotodokumentace.

Obsah: U pacientky byl diagnostikován tumor extrémních rozměrů. Po exstirpaci měl tumor hmotnost 36 kg. Bratr pacientky podstoupil diagnostiku a chirurgickou revizi o 3 roky později, kdy mu byl exstirpován tumor o hmotnosti 7,5 kg. Histologicky se jednalo shodně o pleomorfní sarkom. Zatímco bratr je po radikálním chirurgickém výkonu na živu a je nadále dispenzarizován, jeho sestra onkologickému onemocnění po roce a půl od stanovení diagnózy podlehla.

Závěr: V obou kazuistikách se klade důraz na mezioborovou spolupráci mezi urologem, chirurgem a gynekologem. V databázi světové literatury nebyla nalezena kazuistika popisující problematiku familiárního, pleomorfního sarkomu v sourozenecké linii. Jedná se tedy o velmi ojedinělý a raritní výskyt.

Klíčová slova: monstrózní, familiární, pleomorfní, sarkom.

Zdvojená uretra u 12letého chlapce, kazuistika

MUDr. Peter Kuliaček, FEBPS^{1, 2},

MUDr. Ivo Novák, Ph.D.¹

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

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

Kazuistika 12letého chlapce, který byl vyšetřen na ambulanci pro sekreci na dorzu penisu.

Při vyšetření byla zjištěna ortotopická uretra, kterou močil a na dorzu penisu otvor, z kterého odtékal sekret. Již dříve byl 2x přeléčen antibiotiky na spádové urologické ambulanci pro zánětlivou sekreci. Při sondáži otvoru šlo zavést sondu do vzdálenosti 8 cm, končila v oblasti pod symfýzou.

Při MR vyšetření zjištěn trakt prům. 2 mm končící při přední hraně symfýzy. Provedena fistulografie a nakonec v CA cystoureroskopie, fistulografie a uretrografie. Při cystoureroskopii byl přiměřený nález v uretře a močovém měchýři. Nejistilo se spojení píštěle s močovým traktem. Při rtg s kontrastem zjištěn trakt, který probíhal rovně v délce minimálně 8 cm a zakončen byl klubkem kanálků v délce 2–3 cm. Uzavřeno jako inkompletní dorzální zdvojení uretry a pacient byl indikován k extirpaci

atretické uretry na dorzu penisu. Dle Effmanna jde o typ IA. Někteří autoři používají pro tuto variantu název kongenitální prepubický sinus.

Při operaci provedena extirpace atretické části zdvojené uretry, která probíhala k symfýze a podél ní retropubicky. Z řezu nad symfýzou provedena revize prevezikálního prostoru a hrdla s negativním nálezem. Nakonec odstraněna celá atretická uretra. Operace proběhla bez komplikací, hojení s mírnou sekrecí z ran.

Závěr: Zdvojená uretra je vzácné onemocnění, které má mnoho forem od neúplného zdvojení k úplnému, dále varianta ventrálního nebo dorzálního zdvojení. Existuje několik klasifikací, např. podle Effmanna, Williamse, Stephense. Léčba je individuální a závisí od anatomického uspořádání, závažnosti anomálie a potíží nemocného. Většinou spočívá v extirpaci nedominantní uretry nebo sinusu. Někdy je nutná uretrotomie. V případě asymptomatického průběhu není u některých typů operace indikována.

Postradiační hemoragická cystitida – terapeutické možnosti

MUDr. Michal Šurík¹,

MUDr. Jan Pokorný, FEBU, MBA¹,

MUDr. Vladimír Študent²,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.²,

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU²

¹Urologické oddělení, Karlovarská krajská nemocnice a.s., Nemocnice Karlovy Vary

²Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod: Radioterapie (RT) patří mezi základní terapeutické metody v léčbě karcinomu prostaty. Jako primární kurativní léčba je RT indikována u lokálního a lokálně pokročilého karcinomu

prostaty nízkého, středního i vysokého rizika. Do jisté míry jde o kompetitivní alternativu radikální prostatektomie (RAPE). Jako výhodnější modalita se pak RT používá u pacientů starších, polymorbidních a je-li operační výkon kontraindikován. RT může RAPE následovat v druhé době. S časným odstupem je indikována v případě pozitivních chirurgických okrajů, lokálně pokročilého nálezu nebo v případě nádorové infiltrace regionálních mízních uzlin. S delším časovým odstupem jako záchranná (salvage) RT při biochemickém relapsu onemocnění. Přes nové ozařovací techniky a moderní postupy je RT karcinomu prostaty stále doprovázena nezanedbatelnou toxicitou pro ústrojí močopohlavní a gastrointestinální. Nežádoucí účinky dělíme na akutní, pozdní a velmi pozdní. Především dvě poslední kategorie jsou pro pacienty velmi úporné. Do skupiny pozdních patří postradiační hemoragická cystitida.

Cíl: Prezentace kazuistiky pacienta s postradiační hemoragickou cystitidou, shrnutí současných léčebných možností.

Kazuistika: Pacient byl v březnu r. 2010 ve věku padesáti let odeslán praktickým lékařem pro elevaci PSA 8,3 do urologické ambulance. Potíže s močením pacient neměl. Vstupní urologické vyšetření pacienta včetně vyšetření per rectum bylo v normě, TRUS s nálezem nezvětšené prostaty objemu 16 ml se suspektní hypoechogenní lézí v periferní zóně vpravo. Byla provedena punkční biopsie prostaty, která histologicky potvrdila ve dvou vzorcích zprava adenokarcinom: GS 5 (2 + 3) – T1c Nx Mx. V květnu r. 2010 pacient podstoupil roboticky asistovanou radikální prostatektomii (RoRP). Histologické vyšetření resekátu verifikovalo adenokarcinom prostaty pT2c Nx, Mx, GS 7

(3 + 4), resekční okraje byly negativní. Po výkonu pacient močil volně, byl plně kontinentní, pro erektilní dysfunkci nasazeny PDE5-I, PSA < 0,01. Následovala pravidelná uroonologická dispenzarizace. S odstupem 24 měsíců od RoRP došlo k biochemické recidivě onemocnění. PSA 06/2012 – 0,02; 12/2012 – 0,06; 04/2013 – 0,07; 09/2013 – 0,19; 11/2013 – 0,15; 02/2014 – 0,14; 06/2014 – 0,23. Pro předpokládanou lokální recidivu onemocnění byl pacient indikován k salvage RT. Doplnili jsme celotělovou scintigrafií skeletu a CT vyšetření pánve s k.l., které byli negativní ve smyslu generalizace maligního onemocnění. Pacient podstoupil plánovanou RT v rozmezí 11–12/2014, celkem byla aplikována dávka 70 Gy, kontrolní PSA po RT v 04/2015 bylo 0,03; 11/2015 < 0,01. Remise onemocnění trvala do 11/2016, kdy pacient přišel na kontrolu pro frekventní mikci, nykturie, urgence. UZ vyšetření prokazuje difúzní zesílení stěny močového měchýře, bez nálezu jiné patologie, PSA < 0,01. Pacienta jsme objednali k cystoskopickému dovyšetření. Před jeho realizací proběhla celá řada ambulantních návštěv pacienta pro makroskopickou hematurii, hemotamponádu močového měchýře, močovou retenci. Infekční etiologie byla kultivačně vyloučena. Ambulantní konzervativní postup s katetrizací močového měchýře postupně selhává a pro anemizaci je pacient hospitalizován. Za hospitalizace se postupovalo dále konzervativně kontinuální irigací močového měchýře, hemosubstitucí, infúzní rehydratací, byla podávána hemostyptika. Po odeznění akutní fáze makroskopické hematurie byla provedena cystoskopie s nálezem kontaktně krvácejících difúzních teleangiektázií sliznice na spodině, zadní a částečně levé boční stěny močového měchýře. Odebrali jsme vzorky na histologické vyšetření a provedli

plošnou elektrokoagulaci popisovaných změn. Po výkonu hematurie odezněla, po extrakci močové cévky pacient močil volně, dimitován. Histologické výsledky z biopsie potvrdily diagnózu chronických postradiačních zánětlivých změn. S odstupem 4 týdnů byl pacient rehospitalizován pro identické potíže: makroskopická hematurie, retence moči na podkladě hemotamponády močového měchýře, anemizace. Po konzervativně zvládnuté akutní fázi relapsu hemoragické cystitidy byl pacient přeložen do Městské nemocnice v Ostravě k následné terapii v hyperbarické komoře. Absolvoval celkem 14 cyklů oxygenoterapie, kdy symptomy makroskopické hematurie postupně odezněly. Po ukončení této léčby a extrakci močového katétru cestou naší ambulance, pacient močil volně čistou moč, bez další recidivy makroskopické hematurie. Pacient zůstává v naší urologické dispenzární péči.

Závěr: Vzhledem ke vzrůstajícímu počtu pacientů indikovaných k radioterapii na oblast pánve (karcinom prostaty, nádory gynekologické, nádory kolorektální), budeme jako urologové muset ve své praxi stále častěji čelit komplikacím tohoto léčebného postupu. Hemoragická postradiační cystitida je dle incidence méně častou pozdní urologickou komplikací RT, je ale jednou z nejnepríznivějších a pacienty nejvíce limitujících.

V současnosti není dostupná žádná definitivní léčba a neexistují žádné standardní léčebné postupy. Spektrum možných terapeutických modalit je poměrně široké s vysokou variabilitou jejich účinnosti. Je doporučeno, s ohledem na průběh a klinický stav pacienta, postupovat krok za krokem od postupů konzervativních až po invazivní chirurgické. Na začátku je zajištění derivace močového měchýře proplachovou cévkou s kontinuální irigací, rehydratace pacienta, hrazení eventuelních krevních ztrát, farmakoterapie hemostyptiky. Dalším krokem jsou intravezikální instilace roztoky solí stříbra, hliníku, prostaglandinů, kyseliny aminokapronové, hyaluronové, eventuálně formaldehydu. Mezi možnostmi chirurgické intervence patří cystoskopie s koagulací alterované sliznice močového měchýře, selektivní embolizace nebo podvaz tepen zásobujících močový měchýř. Jako poslední možnost zvažujeme derivační operace s vyřazením močového měchýře z pasáže moči (perkutánní nefrostomie, kutánní ureterostomie) bez nebo s cystektomií. Jako slibné postupy se jeví právě oxygenoterapie v hyperbarické komoře nebo intravesikální aplikace botulotoxinu. V experimentálním stadiu je například intravesikální instilace lipozomálního roztoku imunosupresiva tacrolimu.

Kazuistiky rezidentů

garanti: prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., MUDr. Milan Král, Ph.D.,
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU, MUDr. Miroslav Krhovský,
MUDr. Roman Staněk, MUDr. Miroslav Štursa,
doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D., MUDr. Antonín Karásek
PÁTEK / 7. 4. 2017 / 8.00–10.05

Spontánní intratestikulární hematom

MUDr. Pavel Kříž, MUDr. Khaled Baker,
MUDr. Abdulbaset Hafuda

Urologické oddělení, Pardubická nemocnice

Úvod: Spontánní intratestikulární hematom je vzácné onemocnění a svým chováním napodobuje nádorové onemocnění varlat. Ultrazvukový obraz intratestikulárního hematomu se vyvíjí v čase a neexistují pro něj žádná specifická kritéria, která odliší nádory varlat od benigních lézí, jako je hematom. Také seminom může mít obraz hypoechogenní léze. Nádorové markery AFP, beta hCG a LDH mají nízkou specifitu u seminomů a mohou být zvýšené u testikulárních hematomů.

Kazuistika: Prezentujeme případ 35letého muže, který byl přijat pro otok, bolestivost pravého varlete, zvýšenou teplotu a neměl anamnézy úrazu. Bylo provedeno vstupní ultrazvukové vyšetření, na kterém byla nalezena dvě hypoechogenní ložiska velikosti 22 a 7 mm, v ložiscích nebyly prokázány toky. Z laboratorního vyšetření bylo zvýšené CRP na 75. Nádorové markery AFP, beta HCG, LDH byly v normě, kultivace moče byla negativní. Pacient byl léčen antibiotiky (Augmentin), klidovým režimem a lokálně podáván led. S odstupem 3 a 7 dnů bylo provedeno kontrolní ultrazvukové vyšetření, podle

kterého došlo k mírné regresi nálezu. Ložiska změnila svůj charakter na anechogenní. Byla provedena biopsie pod ultrazvukovou kontrolou, odsáto několik mililitrů hemorhagické tekutiny. Pro přetrvávající nejasnou diagnózu jsme provedli operační revizi z třísla. Ve varleti nalezena kavita s koaguly. Odebrána studená biopsie bez maligních změn. Definitivní histologie popisuje okrsky fibrotizace s ložiskovitým řídkým zánětem.

Závěr: Spontánní testikulární hematom je vzácný. Může napodobovat rakovinu klinicky, biochemicky i sonograficky. V diferenciální diagnostice musíme myslet na jakoukoli lézi varlat. Kontrolní ultrazvukové vyšetření je nezbytné ke sledování průběhu onemocnění. Přes zlepšení diagnostických zobrazovacích metod je orchiektomie a histologické vyšetření jedinou bezpečnou metodou stanovení správné diagnózy.

Primární lymfom nadvarlete

MUDr. Tomáš Kovář,

MUDr. Khaled Baker,

MUDr. Abdulbaset Hafuda

Urologické oddělení, Pardubická nemocnice

Úvod: Primární lymfom nadvarlete bez systémového postižení je extrémně vzácný. První

případ byl popsán Schnedem a kol. v roce 1979. Od té doby bylo publikováno pouze několik prací na toto téma.

Popis kazuistiky: 64letý muž dispenzarizovaný na naší ambulanci pro nefrolitiázu a BHP. Na ambulanci se dostavil mimo plán pro nebolestivou rezistenci nad levým varletem, jenž pozoroval cca 3 týdny. Pohmatově v oblasti hlavy nadvarlete cca 20 mm tuhá nebolestivá rezistence. Dle ultrazvukového vyšetření se jedná o 20 mm nehomogenní expanzi s prokazatelnou vaskularizací. Doplněny kompletní krevní odběry a tumor markery testikulárních nádorů – všechny výsledky ve fyziologických mezích. Pacientovi doporučena operační revize a epididymektomie – při příjmu přehodnoceno a doporučeno provedení radikální orchiektomie. Výkon bez komplikací, na preparátu zvětšené nadvarle průměru 18 × 10 mm, prostoupené šedohnědou uzlovitou tkání, bez makroskopicky patrného průniku do varlete. Patologem nález popsán jako „difuzní velkobuněčný B-lymfom (DLBCL), centroblastická varianta, non-GC typ“. Pacient byl odeslán na onkologickou ambulanci kde byla zahájena adjuvantní chemoterapie a následně radioterapie.

Závěr: Primární lymfom nadvarlete je velmi vzácným onemocněním – doposud publikováno 9 případů na světě. Přesto na toto onemocnění musíme myslet v diferenciální diagnostice pacientů s jednostranným či oboustranným zvětšením nadvarlete – v 7 případech bylo toto onemocnění nejprve nesprávně léčeno jako epididymitis. U nemocných s lymfomem nadvarlete je dle dostupných informací možno provést i zachovný chirurgický výkon, aniž jím zhoršíme prognózu základního onemocnění.

Tumor varlete ze Sertoliho buněk s kalcifikacemi

MUDr. Jana Bocková,

MUDr. Iveta Štrajtová,

MUDr. Rostislav Kuldan

Urologické oddělení, Městská nemocnice
Ostrava

Úvod: Nádor ze Sertoliho buněk s kalcifikacemi je velmi vzácnou afekcí. Vyskytuje se sporadicky, byl však zaznamenán ve spojitosti s Peutzovým-Jeghersovým či Carneovým syndromem. Průměrný věk pacientů je mezi 16–21 lety. U 1/3 pacientů byla zaznamenána různá hormonální dysbalance jako pubertas praecox, gynekomastie, gigantismus nebo akromegalie.

Kazuistika: Prezentujeme 45letého pacienta, který byl vyšetřen na naší urologické ambulanci pro 3letou anamnézu rezistence na levé polovině scrota. Podle fyzikálního vyšetření šlo o hmatnou tuhou rezistenci levého varlete, na ultrasonografii se zobrazovalo nehomogenní ložisko v průměru 25 mm s jezírkami tekutiny a kalcifikacemi. Onkomarkery byly v normě. Byla provedena radikální parainguinální orchiektomie. Výsledek histologického vyšetření s konzultací FN Plzeň hodnocen jako sklerotizující varianta Sertoliho nádoru varlete. Další zobrazovací metody nepotvrdily meta ložiska nebo zvětšené LU. Pacient je bez známek recidivy onemocnění.

Závěr: Tumory ze Sertoliho buněk s kalcifikacemi se chovají benigně, bylo však popsáno i maligní chování. Tumor metastazuje do spádových LU, plic, ledvin a kostí.

Fraktura penisu

MUDr. Petr Müller

Urologické oddělení, Nemocnice Šumperk

Úvod: Fraktura penisu patří statisticky mezi vzácnější urologická onemocnění, přesto se dá očekávat, že během své praxe se s touto afekcí setká prakticky každý urolog. Tento úraz postihuje muže v produktivním věku a může trvale zhoršit kvalitu jejich života. Snaze o optimální ošetření se staví do cesty jak vzácnost onemocnění, akutnost, většinou noční doba úrazu i možnosti hojení samotného orgánu.

Kazuistika: Kazuistika popisuje úrazový děj a typický klinický obraz včetně fotodokumentace. Je popsáno chirurgické ošetření včetně přístupu k místu ruptury. Dále jsou prezentovány pooperační komplikace a jejich řešení. Z typického nálezu se kazuistika vymyká rozsahem poranění, kdy ruptura dosahuje 2/3 obvodu tunica albuginea. Je kompletně přerušena močová trubice. Obě topořivá tělesa jsou z více jak poloviny přerušena i včetně a. profunda penis. Ve svém důsledku se jedná o krytou subtotální amputaci penisu při jeho koření, kdy je zachován pouze dorzální cévní svazek. Při takto rozsáhlém poranění penisu byl předpoklad vzniku komplikací, který se v průběhu pooperačního sledování potvrdil.

Závěr: Tato kazuistika demonstruje případ ošetření komplikované fraktury penisu. Přestože jsou obecné principy známy, existují zde možnosti volby konkrétního způsobu ošetření daného pacienta. Je k diskusi zda mohlo jiné provedení snížit riziko komplikací či nikoli. Další kapitolou je řešení komplikací samých.

Význam MRI v diagnostice fraktury penisu na kazuistice 16letého chlapce

MUDr. Pavel Navrátil¹, MUDr. Pavel Kříž²,
MUDr. Ivo Novák, Ph.D.¹

¹Urologická klinika, FN a LF UK Hradec Králové

²Urologické oddělení, Pardubická nemocnice

Úvod: Fraktura penisu je definovaná jako traumatická ruptura tunica albuginea jednoho nebo obou kavernózních těles penisu. Diagnózu lze obvykle stanovit již z anamnézy a fyzikálního vyšetření, které můžeme doplnit sonografickým vyšetřením penisu. Při výrazné nejistotě může pomoci vyšetření magnetickou rezonancí, pokud je aktuálně dostupné.

Metodika: Fraktura penisu je relativně vzácný (odhadovaná incidence 0,33 případů na 100 000 obyvatel) akutní stav v urologii vyžadující operační revizi. Postihuje většinou muže ve 4. dekádě. Nejčastěji k úrazu dochází při sexuálním styku a masturbaci, raritně i ve spánku. Klinické projevy jsou slyšitelné „prasknutí“ tunica albuginea, ostrá bolest, vymizení erekce, hematom a otok penisu, eventuálně vychýlení ke zdravé straně při jednostranném poranění kavernózního tělesa. Důležité jsou anamnestické údaje a pečlivé fyzikální vyšetření, které mnohdy postačují ke stanovení správné diagnózy. I tak se jedná o raritní úraz, který může vyvolat rozpaky nad správnou taktikou a technikou ošetření.

Na naše dětské urologické oddělení je spádového urologického oddělení odeslán 16letý chlapec pro suspektní rupturu tunica albuginea. Sám udával, že ráno po probuzení uslyšel lupnutí penisu, až poté že měl erekci a následně bolest, otok a hematom penisu. Pohlavní styk,

masturbaci nebo úraz negoval. Při koření penisu měl hematom, promodralý, šířící se na skrotum i na penis. S mikcí potíže neměl. Na UZ vyšetření jak na odesílajícím pracovišti, tak na našem oddělení ruptura tunica albuginea kavernózních těles prokázána nebyla. Chlapec byl dále bez bolestí, hematom ani otok neprogredoval. Pro diagnostické obtíže jsme se po domluvě s radiology rozhodli provést MRI. Byl popsán defekt 6 x 4 mm v tunica albuginea levého kavernózního tělesa v úrovni při symfýze a chlapec byl indikován k provedení operační revize, evakuaci hematomu a sutuře defektu.

Výsledky: Výkon proběhl bez komplikací, chlapec byl 3. pooperační den propuštěn. Na kontrole po měsíci po operaci byl bez obtíží, se zachovalou schopností erekce.

Závěr: Diagnostika fraktury penisu může být obtížná při zkrácení anamnestických údajů (ať už ze studu nebo jiných důvodů). Důležité je pečlivé fyzikální vyšetření, mnohdy je přínosné UZ vyšetření penisu pro svou rychlou a ekonomickou dostupnost. Pokud není schopné určit přesnou lokalizaci a rozsah poranění a váháme s indikací k operační revizi, pak lze doporučit ověření poranění vyšetřením magnetickou rezoncí, které, pokud je dostupné, dokáže defekt v tunica albuginea zobrazit s vysokou přesností.

Gangréna penisu

MUDr. Jan Novák

Urologické oddělení Nemocnice Nový Jičín a.s.

Úvod: Gangrenózní postižení penisu není v urologické praxi frekventním onemocněním. Ve valné většině případů je spojeno s fulminantní polybakteriální infekcí známou jako Fournierova

gangréna. V naší kazuistice se ovšem jedná o gangrénu jiné etiologie.

Popis kazuistiky: Jedná se o případ 68letého pacienta, který utrpěl frakturu levého femuru. Akutně byla provedena v celkové anestezii repozice a osteosyntéza fraktury implantací hřebu. Pooperační průběh byl standardní a prost jakýchkoli komplikací. Pacient po překladu na lůžko následně péče zahájil standardní rehabilitací. Během této hospitalizace ovšem došlo k rozvoji septického stavu. Origo sepse se nacházelo dle klinického nálezu zjevně v levém kolenním kloubu. Pacient byl přeložen na lůžko chirurgické multioborové JIP. V celkové anestezii provedena drenáž kolena. Vzhledem k septickému šoku byla nutná vazopresorická podpora. Během hospitalizace na JIP došlo k rozvoji drobných povrchných nekrotů předkožky, jinak se vitalita genitálu jevila zcela normální. V krátké celkové anestezii provedena cirkumcize. Nicméně několik dní po výkonu došlo opět k rozvoji drobné gangrény v oblasti zevního meatu uretry. Tato gangréna progredovala v průběhu jednoho dne až v kompletní nekrózu glandu. V celkové anestezii byla pak provedena operační revize a totální amputace penisu bez možnosti vytvoření perineální uretrotomie. Trvalým řešením derivace moči se tak stala epicystostomie.

Závěr: Nález suché gangrény penisu při masivní vazopresorické podpoře není častým nálezem. Většinou dochází k postižení jiných akrálních částí těla. V našem případě byla pozoruhodná mimo poškozených kavernózních těles i naprostá devastace tělesa spongiózního. Peroperační nález byl překvapivý i s ohledem na vitální a zcela zachovalý kožní kryt těla penisu.

Skrotální urolitiáza

MUDr. Michaela Motolová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod: Extrofie močového měchýře je vrozená rozštěpová vada kaudální části přední břišní stěny kombinovaná s anomálií urogenitálního traktu. Výskyt je zřídka – u přibližně jednoho z třiceti tisíc novorozenců – predominantně mužského pohlaví. Diagnózu je možno stanovit již v rámci prenatalního ultrasonografického screeningu. Reparace stavu vyžaduje několikadobý operační přístup od raného postnatálního období. Hlavní terapeutické intence jsou uzavěr pánevního defektu, vytvoření neovesiky s integrací močových cest, funkční rekonstrukce penisu u chlapců, dosažení kontinence moči a ochrana ledvinových funkcí.

Kazuistika: Příklad 43letého pacienta, u kterého byl v rámci restituce extrofie v časném dětství vytvořen Gersunyho rezervoár – exkludované sigma staženo transsfinktericky před anus – s návazností na rekonstrukční výkony v rozsahu uretry resp. zevního genitálu. Výsledkem série intervencí je plná kontinence, horní močové cesty bez alterace, kosmeticky dobrý vzhled zevního genitálu, bez výskytu infekcí močových cest, plnohodnotný sexuální život, zplození dvou dětí. Mikce je na podkladě komprese šourku. V dospělosti bez pravidelné urologické dispenzarizace, doporučovaný režim autodilatací uretry nedodržován.

Na naší kliniku přichází pro již cca 10 let přítomný postupně progredující palpační nález mnohočetné urolitiázy v oblasti scrota. Komplexně došetřen – CT urografie, mikční cystouretrografie i panendoskopie s diagnostickým závěrem – striktura v distální třetině neouretry, která proximálněji deviována s ná-

vazností na objemný divertikl, obsahem kterého jsou multiplicitní konkrementy. Pacient preferuje revizi divertiklu s extrakcí litiatické komponenty i přes veškeré poučení o recidivě stavu a vysokém riziku maligního zvratu při chronické iritaci sliznice neourotraktu. Nabízené kauzální řešení ve formě neovezikouretrektomie se založením inkontinentní derivace moči ileumkonduitem dle Brickera odmítá, předpokládá významné zhoršení svého sociálního statutu.

Peroperačně excizii jizvy v rahpe scroti za simultánní palpační navigace dosaženo demarkace a tomie stěny divertiklu, uvnitř kterého mnohočetná litiáza, sliznice metaplastická s chlupy. Po kompletní extrakci konkrementů ozřejmění dvou ostií – drobnější do penilní porce uretry – dětským cystoskopem v komplikovaném terénu stenózy, deviace průběhu a četných pseudodivertiklů úspěšná sondáž ureterální cévkou, následně dilatace do Ch 14. Druhým introitem proniknuto volně cystoskopem Ch 21 až do sigmoidálního rezervoáru, před vústěním do kterého slizniční val s litiázou, která evakuována. Suturou na PMK Th. Ch 12 obnovena kontinuita uretry, ponechán na tři týdny.

Závěr: Cílem zdravotní péče je zabezpečení co nejvyšší kvality života pacienta za nepřekročitelné implementace preventivního principu, a to obzvláště u pacientů s anticipací rozvoje maligního procesu.

Hyperbarická oxygenoterapie jako možnost adjuvantní léčby u Fournierovy gangrény

MUDr. Jakub Baron¹,

MUDr. Rostislav Kuldan¹,

MUDr. Jana Bocková¹,

MUDr. Michal Hájek, Ph.D.²

¹Urologické oddělení, Městská nemocnice Ostrava

²Centrum hyperbarické medicíny, Městská nemocnice Ostrava

Úvod: Fournierova gangréna kůže skrota je vzácná celulitida a nekrotizující fasciitida. Infekce vychází nejčastěji z kůže, močové trubice nebo oblasti rekta. Gangréna je podmíněna synergním působením aerobních a anaerobních mikroorganismů. Postižení jsou obvykle diabetici, alkoholici, nemocní s různým stupněm imunosuprese nebo těžkým celkovým onemocněním. Průběh choroby bývá velmi dramatický.

V příspěvku prezentujeme soubor 60 nemocných léčených v letech 1966–2005 pro Fournierovu gangrénu v Městské nemocnici Ostrava, u kterých byla využita léčebná možnost adjuvantní hyperbarické oxygenoterapie v rámci doplnění chirurgického postupu a zmírnění průběhu onemocnění a redukci následných komplikací.

Z celkového počtu 60 lidí bylo 58 mužů a 2 ženy. Průměrný věk byl 64 let (rozmezí 42–72 let), průměrná délka trvání obtíží před přijetím činila 4 dny (rozmezí 1–8 dnů). V přehledu příčin figuroval na prvním místě periproktální absces (28x), infekt genitálu (12x), poranění rekta (2x), v 7 případech se jednalo o karcinom rekta, v 1 případě osteosarkom pánve, 1x o pooperační komplikace (hydrokéla), v 9 případech nebyla příčina zjištěna. Průměrná doba hospitalizace byla 20 dnů. V souboru zemřelo 20 nemocných (mortalita 33 %).

Dále prezentujeme kazuistiku pacienta s pokročilou Fournierovou gangrénou penisu a skrota přecházející do gluteální krajiny, kde i přestože byl pacient umístěn na jednotku intenzivní péče a posléze operován, došlo k akutnímu rozvoji septického šoku a úmrtí.

Kazuistika: Muž, 69 let, s anamnézou ICHS, fibrilace síní na antikoagulační terapii.

Přivezen ZS pro týden trvající průjem, narůstající ascites, tachykardie a hypotenze. Vyšetřen na urgentním příjmu, kde byla zjištěna nekróza penisu a skrota přecházející do gluteální krajiny. Vstupně v laboratoři septický stav, metabolický rozvrat. Pacient přeložen na chirurgickou JIP, kde byla důsledná péče o pacienta v septickém šoku. Z vitální indikace provedena sigmoideostomie dle Maydla, následně urologem provedena cirkumcize a obnažení pravé části těla penisu a spongiózního tělesa. Provedena nekrektomie skrota, pro nekrózu vyplňující skrotum se rozhodujeme pro bilaterální orchiektomii. Dále chirurg pokračuje v nekrektomii pod anus do pravé hýždě. Pooperačně pacient ponechán intubován, na řízené ventilaci, analgosedován. Stav stran tíže septického šoku je kritický, raketově stoupá spotřeba vasopresoru, diuréza se i přes forsírování neobnovila, zhoršuje se ventilace stran oxygenace, prohlubuje se minerální rozvrat, na další den ráno pacient umírá pod obrazem ireverzibilního septického šoku.

Závěr: Fournierova gangréna je onemocnění, při kterém je potřeba co nejrychlejší diagnostiky a nasazení antibiotické léčby, v případě chirurgického řešení co nejradikálnější nekrektomie, a v případě možnosti doplnit hyperbarickou oxygenoterapii.

Časná diagnostika Zinnerova syndromu u dítěte – přínos magnetické rezonance

MUDr. Jan Šarapatka¹,
doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.¹,
MUDr. Filip Čtvrtlík, Ph.D.²

¹Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

²Radiologická klinika FN a LF UP Olomouc

Prezentujeme případ šestiletého chlapce vyšetřeného ve spádu pro mikční potíže. Dle ultrazvukového a scintigrafického vyšetření byla diagnostikována ageneze pravé ledviny a cystický útvar v malé pánvi. Na našem pracovišti byl chlapec dovyšetřen pomocí magnetické rezonance, která významně přispěla k ozřejmení vztahů v malé pánvi a tím ke stanovení správné předoperační diagnózy. U hochy byl prokázán Zinnerův syndrom, triáda zahrnující agenezi ledviny, ektopii močovodu a ipsilaterální cystu semenného váčku s obstrukcí ductus ejaculatorius, obvykle diagnostikovaný až v dospělosti. Pacient podstoupil chirurgickou léčbu s dobrým výsledkem. Postupně došlo k ústupu mikčních potíží.

Maligní tumor ledvin dětského věku u dospělého pacienta

MUDr. Jan Tomášek,
MUDr. Pavel Navrátil,
MUDr. Slavomír Vachata,
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UK
Hradec Králové

Úvod: Nefroblastom, neboli Willmsův tumor je relativně častý nádor v dětském věku.

Zaujímá zhruba 5 % ze všech dětských malignit. Nejčastěji se vyskytuje ve věku od 2 do 5 let. V dospělém věku je extrémně vzácný s výskytem pod 1 %. Na rozdíl od klasického renálního karcinomu dospělého věku má v dětském věku dobrou prognózu. To je především na vrub jeho chemosenzitivitě.

Kazuistika: Předkládáme kazuistiku 33letého muže, který poprvé vyhledal lékařskou pomoc v říjnu 2016 pro ataku makroskopické hematurie. Na vstupním vyšetření dominoval ultrazvukový nález expanze na levé ledvině. Doplněné CT břicha pak prokázalo rozsáhlý tumor levé ledviny s regionální lymfadenopatií a metastatickým postižením jater. S tímto nálezem byl pacient odeslán na naše pracoviště. Zde jsme doplnili „staging“ (scintigrafii skeletu a CT plic). Na CT plic, které bylo 3 týdny po CT břicha byla patrná mohutná progresse metastatického postižení v zachycených částech jater a dále pak metastatické postižení plic. Pacient byl indikován k časné nefrektomii s lymfadenektomií. Překvapivým histologickým nálezem byl nefroblastom (Wilmsův tumor) v dospělém věku s dominancí epitelové a blastémové komponenty. V současné době pacient podstupuje onkologickou léčbu dle dětského protokolu SIOP 2001, doposud absolvoval 4 cykly chemoterapie a zevní radioterapii na residuální tumorózní ložiska v játrech a uzlinách. „Re-staging“ nebyl dosud proveden.

Závěr: Nefroblastom v dospělém věku je velmi vzácným nádorem. I přes vysokou úspěšnost léčby v dětském věku dosahující až 90 % při kombinaci chirurgické a onkologické léčby je prognóza v dospělém věku horší.

Ektopický ureter a jeho operační řešení před brachyterapií karcinomu prostaty

MUDr. Marek Hok

Urologické oddělení, Nemocnice Nový Jičín

Kazuistika prezentuje 50letého pacienta s karcinomem prostaty a plánovanou brachyterapií, jejíž realizaci komplikoval kompletní ureter duplex s ektopickým vyústěním do oblasti verumontanum.

Na našem pracovišti bylo doplněno endoskopické vyšetření s popisem naznačené ureterokély v místě ústí ektopického močovodu. Jako operační řešení byla zvolena laparoskopická uretero-uretero anastomóza s resekcí distálního úseku ektopického močovodu. Perioperačně byl do ektopického močovodu skrze anastomózu zaveden JJ stent. V pooperačním průběhu došlo k rozvoji lumbalgii vpravo. Sonograficky byla popsána dilatace dolního segmentu pravé ledviny. CT postkontrastně prokázalo četná koagula v dutém systému dolního segmentu a normálním močovodu a absenci paravazace kontrastní látky. Derivace byla primárně zajištěna punkční nefrostomií do dolního kalichu pravé ledviny. V čase byla provedena extrakce JJ stentu pro horní segment pravé ledviny. Nefrostomograficky byla verifikována obstrukce v oblasti uretero-uretero anastomózy. Z tohoto důvodu byl proveden integrádní stenting dolního segmentu. V odstupu dvou měsíců byl cestou stacionáře extrahován stent dolního močovodu.

Při dalších ambulantních kontrolách se ultrasonograficky prezentoval KPS pravé ledviny s plnou tonizací, subjektivně je pacient bez lumbalgii, na alfalyticích je jeho stav mikce uspokojivý a nepocituje mikční potíže. Později pacient v péči

onkologů podstoupil permanentní brachyterapii pro nízké rizikový adenokarcinom prostaty s uspokojivými dosavadními léčebnými výsledky a dále je zde v dispenzární péči.

Suspektní neoplazie dolního kalichu ledviny s následnou diagnózou velkobuněčného B lymfomu

MUDr. Petra Vltavská¹,

MUDr. Roman Staněk¹,

MUDr. Tomáš Kokoří¹,

MUDr. Eva Sehnálková²,

MUDr. Lukáš Stejskal³,

MUDr. Kamil Hudeczek⁴

¹Urologické oddělení, Slezská nemocnice v Opavě

²Patologická anatomie, Slezská nemocnice v Opavě

³Hematologická ambulance, Slezská nemocnice v Opavě

⁴Klinická radiologie, Slezská nemocnice v Opavě

Cíl: Představujeme případ pacientky s intrasinuseální cystózou s cytologickým nálezem neoplastických elementů charakteru mikrofragmentů uroteliálního karcinomu, následným došetřováním, dlouhodobou dispenzarizací. Kdy celkové komplikace vedly až k diagnóze velkobuněčného B lymfomu duodena.

Metoda: 77letá pacientka byla v r. 2011 přijata k došetřování patologického cytologického nálezu moče. Dle CT suspektní papilokarcinom dol. kalichu I. sin. Byla indikována ureterorenoskopie vlevo. Po přeléčení antibiotiky pro susp. pyelonefritidu již bez průkazu maligních buněk, nádorové onemocnění neprokázáno. Pacientka

byla dispenzarizována, opakovaně bylo CT s negativním nálezem. Cytologicky v roce 2014 opětovně nález low i hight grade uroteliálních atypií. 12/2015 nález hydronefrózy vpravo se zajištěním močových cest pomocí JJ stentu, následně dle CT břicha počátkem r. 2016 tumor horního polu avšak pravé ledviny s infiltrací m. psoas l. dx bez lymfadenopatie, která do té doby sonograficky nebyla prokázána. Indikována punkční biopsie ledviny vpravo pod sonografickou kontrolou. V biopsii ledviny nádorové buňky neprokázány, vzorky z ledvinné pánvičky s hight grade IUN. Provedena onkologická konzultace s následnou IMRT oblasti pravé ledviny 6/2016 s dobrým efektem, nález regreduje. 10/2016 při výměně JJ ureterálního stentu nález papilárních tumorů v močovém měchýři s histologicky prokázaným papilárním karcinomem z přechodných buněk. Postupné zhoršení klinického stavu pacientky, opakovaně subileózní stav. 11/2016 dle kontrolního CT břicha nově rozsáhlá infiltrace retroperitonea (susp. paket uzlin) 12 × 9 × 15 cm, okrajem infiltrátu prochází JJ stent, obturace dolní duté žíly, trombóza ilických žil.

Výsledek: Rozhodnuto o paliativním postupu. 12/2016 ileózní stav vlivem stenózy duodena, pacientka byla hospitalizována na chirurgickém oddělení s následnou gastrokopií, kde byly odebrány histologické vzorky s průkazem B velkobuněčného lymfomu, při konzultaci s FN Ostrava-Poruba/Hematoonkologie FN Olomouc. Pacientka přeložena do FN Ostrava-Poruba k 1. cyklu imuno-chemoterapie s výrazným zlepšením klinického stavu, regrese nálezu. Následné doléčení na našem oddělení. T.č po 2. cyklu CHT v ATB krytí po prodělaném septickém stavu.

Závěr: U každého pacienta nutno pomýšlet mezioborově a i při histologickém vyloučení tu-

moru urologické etiologie nutno pomýšlet nad patologií jiných systémových oddílů.

Karcinom ledviny s nádorovým trombem do pravé srdeční síně

MUDr. Pavel Žemla

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod: Karcinom ledviny je nádor vykazující se vysokou agresivitou a Česká republika patří mezi země s jeho nejvyšším výskytem na světě. Vzhledem k biologickému chování těchto nádorů je jedinou možnou léčbou operace. V dnešní době je tendence k provádění zachovných výkonů na ledvině, nicméně při velkém nádoru či jeho nevhodné lokalizaci je nutné přistoupit k radikální nefrektomii. Karcinom ledviny může invadovat renální žílu a formou nádorového trombu postupovat dolní dutou žílou až do pravé srdeční síně a komory. V takovém případě je k jeho odstranění nutný kombinovaný dvoudutinový výkon s mimotělním oběhem a asistencí kardiochirurgů.

Kazuistika: Na naší urologickou ambulanci byla odeslána 77letá pacientka, která byla ve spádu vyšetřována pro náhle vzniklou námahovou dušnost. Na základě echokardiografického vyšetření a CT s kontrastní látkou byl diagnostikován rozsáhlý tumor pravé ledviny s infiltrací Gerotovy fascie a trombózou renální žíly pokračující jako neobturující trombus dolní duté žíly až do pravé srdeční síně. V rámci uroonkologického konzilia byla pacientka indikovaná k radikální nefrektomii s trombektomií při kombinovaném výkonu ve spolupráci s kardiochirurgy.

Přes pokročilost onemocnění se podařilo odstranit tumor ledviny s nádorovým trombem

v jednom celku. Histologicky se jednalo o světlobuněčný renální karcinom bez metastatického či uzlinového postižení. Pacientka byla po operaci předána do onkologické dispenzární péče.

Závěr: Karcinom ledviny s nádorovým trombem není kontraindikací k radikální léčbě. Před operací je vždy nutno vyloučit generalizaci. Pokud je CT vyšetření plic a scintigrafie skeletu bez známek metastazujícího onemocnění, je radikální nefrektomie s trombektomií život zachraňujícím výkonem s relativně dobrou prognózou pro pacienta.

Nádorová duplicita po resekcii ledviny

MUDr. František Hruška,

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Urologická klinika, FN a LF UP Olomouc

V kazuistice je autory prezentován 61letý muž, jenž byl vyšetřován pro bolesti v mezogastriu, kdy při provedení CT břicha byly na ledvinách nalezeny cysty Bosniak I, avšak na levé ledvině byly dále popsány i dvě postkontrastně sytící se ložiska o velikostech čtyři a dva centimetry. Pro tento nález byl pacient indikován k jednodobé resekcii obou tumorů levé ledviny.

Otevřený výkon byl proveden ve dvacetimínutové ischemii s nutností použití perioperační sonografie. Následná pooperační péče probíhala bez komplikací a pacient byl pátý pooperační den propuštěn do domácího ošetřování.

Výsledná histologie ze dvou tumorů stanovila duplicitní karcinomy a to renální světlobuněčný a karcinom chromofobní renální, oba pT1a, N0, M0. Další dispenzarizace probíhá na urologické klinice a to kontrolní CT urografií za šest měsíců.

Suspektní neoplazie ledviny s paraaortální lymfadenopatií se závěrečnou diagnózou sarkoidózy ledvin a paraaortálních uzlin

MUDr. Barbora Cudráková¹,

MUDr. Petr Běhounek¹,

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA¹,

prof. MUDr. Ondřej Hes, Ph.D.²,

MUDr. Hynek Mírka, Ph.D.³,

MUDr. Alena Burdová⁴

¹Urologická klinika, LF UK a FN Plzeň

²Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

³Klinika zobrazovacích metod, LF UK a FN Plzeň

⁴Klinika pneumologie a ftizeologie, LF UK a FN Plzeň

Úvod: Cílem této kazuistiky je prezentace nálezu sarkoidózy ledvin, multisystémového granulomatózního onemocnění postihujícího primárně plíce.

Popis kazuistiky: Kazuistika dokumentuje případ 76letého muže s podezřením na uroteliální tumor levé ledviny. Dle zobrazovacího vyšetření nález tumoru v sinu levé ledviny velikosti 4,5 centimetru přecházející na proximální ureter s lymfadenopatií paraaortálních lymfatických uzlin vlevo. V popisu zmíněného vyšetření vyslovení podezření na uroteliální karcinom. V celkové anestezii provedena endoskopie močového měchýře s nálezem invertovaného papilomu v blízkosti hrdla močového měchýře vlevo, jež resekován. Poté pokračování excizí ureterálního ústí vlevo, nefroureterektomií vlevo s paraaortální lymfadenektomií. Po discizii preparátu makroskopicky patrný solidní tumor světle hnědé barvy s prorůstáním do ledvinné pánevky. Histologicky v ledvině nalezena bělavá hmota tvořená specifickým granulomatózním procesem, bez

jednoznačného průkazu kaseózní nekrózy. Materiál dále imunohistochemicky vyšetřován. Na základě korelace molekulárně-genetického vyšetření a morfologie léze nález hodnocen jako sarkoidóza ledviny a lymfatických uzlin. Zahájeno dovyšetření pacienta ve spolupráci s klinikou pneumologie a ftizeologie. Doplněná výpočetní tomografie hrudníku bez postižení intersticia, zjištěna pouze drobná ložiska v obou plicích a hraniční uzliny v mediastinu. Další vyšetření v rámci diferenciální diagnostiky a ke zjištění postižení predisponovaných orgánů provedena ambulantně po propuštění do domácí péče. Následné sledování pacienta a zahájení terapie cestou kliniky pneumologie a ftizeologie.

Závěr: Sarkoidóza je multisystémové granulomatózní onemocnění neznámé etiologie. Postižení ledvin je velice vzácné a málokdy je příčinou prvních klinických obtíží. Avšak může imitovat novotvary ledvin, jež bývají náhodným nálezem při zobrazovacích vyšetřeních.

Leimyosakom dolní duté žíly – peroperační nález

**MUDr. Hana Musilová¹,
MUDr. Roman Staněk¹,
MUDr. Gabriela Černá²**

¹Urologické oddělení, Slezská nemocnice Opava

²Oddělení patologické anatomie, Slezská nemocnice Opava

Cíl: Prezentujeme případ 36leté pacientky s leiomyosarkomem vycházející z dolní duté žíly k dolnímu pólu pravé ledviny. V době diagnózy nebyly zastiženy vzdálené metastázy.

Metoda: Pacientka navštívila urologickou ambulanci pro došetření občasných bolestí v oblasti pravého podbřišku. Dle vyšetření pomocí

počítačové tomografie (CT) byl zjištěn tumor dolního pólu pravé ledviny. Pacientka byla indikována k laparoskopické nefrektomii pravé ledviny. Pro peroperační nález tumoru fixovaného k dolní duté žíle a pro nepřehlednou situaci bylo rozhodnuto o konverzi na subkostální řez vpravo. Po uvolnění pravé ledviny byla provedena částečná resekce dolní duté žíly v oblasti prorůstání tumoru. Pooperačně pomocí vyšetření počítačovou tomografií nebyly zjištěny plicní metastázy.

Výsledek: V konečném histologickém zobrazení bylo mikroskopicky odhaleno, že se jednalo o leiomyosarkom pocházející z hladké svaloviny stěny dolní duté žíly. Histologický grading G2. Tumor byl vazivově oddělen od parenchymu ledviny vazivovým pouzdrzem. V parenchymu pravé ledviny nebyla objevena neoplazie. Zachycená lymfatická uzlina byla taktéž bez neoplazie.

Závěr: Leiomyosarkom je maligní mezenchymový nádor pocházející z tunica medialis dolní duté žíly, je to velmi vzácný nádor se špatnou prognózou. Mezi lety 1961 až 2008 bylo nahlášeno 1 210 tumorů dolní duté žíly, z toho 85 případů bylo diagnostikováno jako primární leiomyosarkom. Pětileté přežití se odhaduje na 53 %. Nejlepšího terapeutického výsledku dosahují pacienti léčeni kombinací chirurgické a adjuvantní terapie. Leiomyosarkom nejčastěji metastazuje zpravidla hematogenně do oblasti plic, jater, kostí i do lymfatických uzlin.

Emfyzematózní pyelonefritida

**MUDr. Martin Mistr,
MUDr. Abdulbaset Hafuda**

Urologické oddělení Pardubické nemocnice

Úvod: Emfyzematózní pyelonefritida je velmi vzácné onemocnění. Postihuje především

pacienty s dekompenzovaným diabetem. Pro toto onemocnění je typická tvorba plynů v ledvinném parenchymu, dutém systému ledviny či v retroperitoneu. Výjimečně lze pozorovat i krepitace v bederní krajině. Onemocnění má perakutní průběh. I za včasné terapie má vysokou mortalitu. V diagnostice využíváme hojně UZ vyšetření, kde můžeme pozorovat hyperechogenní odrazy jako důkaz přítomnosti plynu. Diagnostický závěr nutno ověřit za pomoci nativního CT, kde je patrná jasná přítomnost plynu. Častým vedlejším nálezem je pak blokující ureterolitíáza. Základním terapeutickým postupem je širokospektrá ATB terapie včetně pokrytí anaerobů. Ve většině případů je indikována akutní nefrektomie. V případě, že přítomnost plynu je omezena pouze na dutý systém, pak je možné konzervativní postup se zajištěním drenáže ledviny nefrostomickým drénem.

Kazuistika: Polymorbidní, obézní pacientka, v anamnéze diabetes mellitus II. typu na inzulinoterapii. Kompenzace diabetu velmi špatná, pacientka nedrží dietu a nedochází na diabetologické kontroly. Přijata na interní oddělení nem. Ústí nad Orlicí pro dekompenzaci diabetu, febrilie a počínající sepsi. Zahájena ATB terapie, dále doplněn UZ břicha s nálezem dilatace KPS ledviny. Indikováno doplnění nativního CT břicha. Na CT ozeřjměna příčina dilatace – konkrement zaklíněný v PU přechodu, dále je patrná přítomnost plynu v parenchymu ledviny. Tamním urologem indikována nefrektomie, vzhledem k nemožnosti provedení zákroku na tamějším oddělení, pacientka přeložena na urol. oddělení nemocnice Pardubice, kde byla hned po přijetí provedena akutní nefrektomie. Vzhledem k časné terapii se podařilo pacientku zcela vyléčit.

Závěr: Emfyzematózní pyelonefritida je velmi vzácné onemocnění. Je nutné na něj pomyslet u pacientů s dekompenzovaným diabetem a uroinfekcí. Včasná diagnostika, širokospektrá ATB terapie spolu s nefrektomií jsou základem léčby. I přes tento postup není mortalita onemocnění zanedbatelná. Ve výjimečných případech je možná terapie se zachováním postižené ledviny. Je ale nezbytné zajistit kvalitní drenáž nefrostomickým drénem.

Emfyzematózní pyelonefritida u pacienta s enteroureterální píštělí

MUDr. Iveta Štrajtová,

MUDr. Jakub Baron,

MUDr. Rostislav Kuldan

Urologické oddělení, Městská nemocnice
Ostrava

Úvod: Emfyzematózní pyelonefritida je nekrotizující zánětlivé onemocnění renálního parenchymu a perirenálních tkání vznikající působením plynotvorných bakterií. Jde o vzácné, život ohrožující onemocnění postihující především pacienty s diabetem a obstrukcí horních cest močových. Onemocnění může však vzniknout i u pacientů bez diabetu v případě přemnožení bakterií vytvářejících plyn v močových cestách, např. při enteroureterální píštěli, jako je tomu v případě této kazuistiky. Základem léčby je včasná chirurgická intervence a terapie širokospektrými antibiotiky zahrnujícími i citlivost na anaerobní patogeny.

Kazuistika: 63letý pacient po resekci rektosigmoidu pro tumor, při níž došlo k lézi ureteru suturované a hojené na stentu, se dostavil ke kontrole až po 2 letech. Při výměně inkrustovaného stentu byla zjištěna striktura v místě sutury močového. S odstupem měsíce provedena další výmě-

na onkostentu. Po šesti měsících přichází pacient pro febrilie, bolesti břicha a elevaci zánětlivých markerů. Dle CT zjištěna enteroureterální píštěl v místě původní sutury a známky emfyzematózní pyelonefritidy s plynem v dutém systému ledviny. Pacientovi byla provedena lasertripse inkrustátu stentu, jeho extrakce a pravostranná nefrektomie. Samozřejmě byla současná parenterální terapie širokospektrými antibiotiky s pokrytím anaerobní flóry. Po operaci došlo k postupné úpravě stavu, nyní je pacient s fyziologickými hodnotami renálních i zánětlivých parametrů.

Závěr: Výše uvedený případ poukazuje na fakt, že emfyzematózní pyelonefritida, jakkoliv jde o vzácnou diagnózu, se může vyskytnout i u nediabetických pacientů. Ačkoliv mortalita dosahuje 20–40 % při včasné terapii lze toto onemocnění úspěšně vyléčit.

Hematurie jako fatální pozdní komplikace radioterapie pro karcinom prostaty

MUDr. Lucie Štěpáníková¹,
MUDr. Viktor Eret, Ph.D.¹,
prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA¹,
MUDr. Petr Stránský, Ph.D.¹,
prof. MUDr. Ondřej Hes, Ph.D.²,
prof. MUDr. Jiří Ferda, Ph.D.³

¹Urologická klinika, LF UK a FN Plzeň

²Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

³Klinika zobrazovacích metod, LF UK a FN Plzeň

Úvod: Cílem této práce je prezentovat kazuistiku muže, u něhož v minulosti provedená radioterapie pro karcinom prostaty nyní vedla k život ohrožující hematurii s nutností salvage cystektomie jako posledním možným řešením jeho stavu.

Popis kazuistiky: Kazuistika ukazuje případ 79letého muže, který v minulosti podstoupil radioterapii pro karcinom prostaty a nyní byl přijat na naši kliniku z periferního pracoviště pro recidivující hematurii, která se nedařila endoskopicky ošetřit. Pro opakované tamponády močového měchýře podstoupil u nás ještě 2 endoskopické revize s nutností podání četných krevních derivátů. Vzhledem k minimálnímu efektu a závažnosti stavu byl jako poslední možné řešení indikován k salvage cystektomii s derivací moče oboustrannými kožními ureterostomiemi. Operační výkon byl složitý pro výrazně jizevnatý a krvácivý terén po radioterapii, s peroperační krevní ztrátou 6 litrů. Po výkonu byl pacient v těžkém stavu předán do péče Anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Tam se jeho stav dále komplikoval rozvojem fasciitidy břišní stěny s následnou nekrózou obou ureterokutaneostomií a nutností založení oboustranných nefrostomií. I při intenzivní péči s umělou plicní ventilací a podporou oběhu došlo k rozvoji sepse, hepatorenálního a oběhového selhání a pacient 64 dní po operaci zemřel.

Závěr: Radioterapie je konzervativní metodou léčby karcinomu prostaty. Její pozdní toxicita vyplývající z poškození endotelu cév s rozvojem teleangiectazií vede k rozvoji hematurie, která může být pro pacienta život ohrožující a její následky někdy i fatální.

Recidivující makroskopická hematurie z dolních močových cest postaktinické etiologie u pacienta v pokročilém věku řešená salvage cystektomií

MUDr. Petr Dolák

Urologická ambulance, Nemocnice Nový Jičín

Úvod: V urologické praxi se často setkáváme s pacienty, kteří prodělali radioterapii pánevních orgánů. Mezi závažné pozdní komplikace této léčby patří recidivující a často i masivní krvácení s těžko ošetřitelným zdrojem.

Kazuistika: V kazuistice prezentuji pacienta, u kterého byl ve věku 80 let diagnostikován lokalizovaný vysoce rizikový karcinom prostaty, pacient byl primárně léčen kombinací radioterapie a kastrace. V desetiletém klinicky němém odstupu pacient prodělal sérii atak výrazné makroskopické hematurie, kdy v této době byla dokumentována biochemická remise základního onemocnění. Konzervativní hemostyptická terapie stejně jako pak intervence endoskopická a radiologická ve smyslu embolizace pánevních arterií situaci nepomohly vyřešit. Stav si vynutil provedení salvage cystektomie s Brickerovou derivací. Výkon i pooperační období proběhlo bez komplikací, pacienta se podařilo plně rehabilitovat včetně samostatné mobility. Pacient umírá 2 roky po operaci s obrazem generalizovaného základního onemocnění.

Závěr: Pozdní krvácení do močových cest je závažnou komplikací radioterapie, která může být obtížně řešitelná konzervativními metodami a v důsledku může ohrozit život pacienta. Postihuje často i osoby výrazně starší s konkurentní komorbiditou, u kterých se obáváme komplikací plynoucích z případné operační léčby. Prezentovaná kazuistika dokládá benefit rozsáhlého operačního výkonu u takto zatíženého pacienta, přestože v pozdějším období došlo k relapsu základní onkologické diagnózy.

Atypická sekundární malignita po radioterapii prostaty

MUDr. Petr Tureček,

MUDr. Martin Sutorý, CSc.

Urologie, Úrazová nemocnice Brno

Úvod: U pacientů se zhoubným onemocněním obecně je zvýšeno riziko duplicitní malignity. Po radioterapii prostaty, zejména externí, je uváděno zvýšení rizika zhoubného onemocnění přiléhajících orgánů, nejčastěji měchýře a rekta. Dále se popisuje i vyšší riziko onemocnění vzdálenějších orgánů, zejména plic.

Kazuistiky: Naše kazuistika se týká dvou pacientů, kteří podstoupili konvenční kurativní radioterapii adenokarcinomu prostaty, po které bylo základní onemocnění bez progresu.

1. pacient, r. 1944, přichází 17 měsíců po nekomplikované externí radioterapii prostaty pro akutní močovou retenci. Pro strikturu uretry byla zavedena punkční epicystostomie a následně uretra endoskopicky zprůchodněna, pacient zacvičen v autodilataci a epicystostomie zrušena. Po 2 měsících začíná autodilatace váznout a při jednom z pokusu prochází katétr do rekta. Znovuzavedena epicystostomie jako trvalé řešení. Při jedné z výměn epicystostomického katétru, 23 měsíců od ukončení radioterapie, pacient poukazuje na bulku na penisu velikosti 5 mm. Provedená biopsie prokazuje spinocelulární karcinom. Při kontrole pacient upozorňuje na deviaci penisu při erektci a zatuhnutí při bázi penisu, z následné biopsie opět popsán spinocelulární karcinom. Pro rychlou progresi infiltrátu perineálně, až flegmonózního charakteru a nález přervávající uretorektální píštěle, byla provedena akutní vyřazující sigmoideostomie. Při opera-

ci z pukční biopsie potvrzen dlaždicobuněčný karcinom z prostaty, obou crus penis a meta ložiska jater. 24 měsíců od ukončení radioterapie adenokarcinomu prostaty předán pacient zpět do péče onkologického centra.

2. pacient, r. 1928, po radioterapii prostaty roku 2005 urologicky sledován, PSA odpovídá stavu po RT. Při kontrole roku 2015 si pacient ztěžuje na otok pravé dolní končetiny, následně byla zjištěna inguinální lymfadenopatie nejasného původu s tendencí k progresi. Provedena břišní sonografie, TRUS a CT malé pánve, koloskopie. Vyjma popisu zvětšených uzlin v tříse bez patologického nálezu. Provedena exstirpace zvětšené uzliny, histologicky bez malignity. Vzniká úporná lymfatická píštěl v třísle, která se hojí až po hospitalizaci po 3 týdnech. Postupně dochází k otoku obou dolních končetin, po diuretické terapii přechodně zlepšení. Po měsíci progresu otoků dolních končetin. Při TRUS zjištěn suspektní útvar v malé pánvi vpravo, těsně přiléhající k prostatě. Po transrektální biopsii útvaru stanovena diagnóza maligního melanomu. Pacient předán do péče onkologického centra. Po dalším měsíci zmirá na generalizaci do jater a plic.

Závěr: Přesto, že po radioterapii prostaty jsou podstatně častější komplikace poradiační, je radno pomýšlet i na riziko sekundární či duplicitní malignity.

Rozuzlení: komplikace po radikální hysterektomii

MUDr. Andrej Kolodzej

Urologické oddělení Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Orlickoústecká nemocnice

Úvod: Celková incidence poranění močovo- du po gynekologických operacích se pohybuje

mezi 0,5–1,5 %. Kazuistika prezentuje komplikace padesátileté pacientky po radikální hysterektomii a jejich řešení.

Kazuistika: Pacientka s hypertenzí, obezitou a diabetem prodělala v roce 2015 komplikovanou radikální hysterektomii s reoperací na vyšším pracovišti. Při této operaci došlo k iatrogennímu poranění levého močovodu. Poranění bylo diagnostikováno až na základě pozdních příznaků 5. pooperační den (horečka, bolesti v levém boku, zimnice). Místním urologem verifikována kompletní obstrukce močovodu vlevo u dolní hrany SI skloubení. Byla založena punkční nefrostomie vlevo. Při výměně nefrostomie byla provedena descendentní pyeloureterografie s nitkovitým pronikáním kontrastní látky až do močového měchýře. Pacientka poté objednána k opakovanému pokusu o sondáž levého močovodu. Výměna nefrostomie i následná úspěšná stentáž močovodu vlevo proběhly na vyšším pracovišti, byly však komplikovány těžkou pyelonefritidou s celkovou alterací stavu. I vzhledem k preferencím pacientky nepodstupovat další otevřenou operaci bylo doporučeno měnit ureterální stent v pravidelných intervalech na spádové urologii. Do měsíce od zavedení ureterálního stentu vlevo byla pacientka hospitalizovaná s příznaky jednostranné pyelonefritidy u nás. Infekci jsme zvládli konzervativně (parenterální antibiotickou terapií). Dva týdny po dobrání antibiotik se objevila recidiva pyelonefritidy, nyní již ale s nutností výměny ureterálního stentu. Pacientce jsme ponechali subinhibiční dávku antiseptika dlouhodobě, přesto se opakovaně vracela s recidivami pyelonefritidy vlevo. Po cílené antibiotické terapii jsme se rozhodli pro diagnostickou ureteroskopii. Při tomto výkonu jsme zjistili příčinu mutilace močovodu a v jedné době kompletně endoskopicky vyřešili.

Závěr: V současné době je pacientka bez derivace ledviny, bez sonografických známek obstrukce nebo infekce.

Iliko-ureterální píštěl – raritní příčina hematurie

MUDr. Libor Luňáček^{1,2},

MUDr. Jan Krajča³, MUDr. David Míka^{1,2},

doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.^{1,2}

¹Urologické oddělení FN Ostrava

²Katedra chirurgických oborů LF Ostravské univerzity

³Radiodiagnostický ústav FN Ostrava

V předkládané kazuistice prezentujeme případ polymorbidní pacientky, která je na našem pracovišti sledována pro oboustrannou hydronefrózu, která vznikla na podkladě poradiační striktury obou močových. V minulosti pacientka prodělala, pro karcinom děložního těla, laparoskopicky asistovanou hysterektomii s oboustrannou adnexektomií a adjuvantní radioterapii. S ohledem na věk pacientky, její interní

komorbidity a stav po předchozí gynekologické operaci a adjuvantní tele- a brachyterapii byla drenáž horních cest močových řešena nejprve pravidelnými výměnami ureterálních stentů, později nefrostomií. V srpnu 2016 byla pacientka na naše pracoviště přijata k hospitalizaci pro ataku makroskopické hematurie a symptomy infekce močových cest. Byla zavedena standardní terapie uroinfektu a stran hematurie bylo postupováno konzervativně. Hematurie pozvolna spontánně vymizela. Při pravidelné výměně nefrostomie však došlo k recidivě hematurie. Při cystoskopii, provedené v jedné době, nebyl nalezen její zdroj v močovém měchýři. Bylo pomýšleno na fistulaci mezi tepenným a kalichopánvičkovým systémem ledviny. Vzhledem k protrahovanému průběhu hematurie a alteraci celkového stavu pacientky byla doplněna angiografie, při které byla objevena ilikoureterální píštěl. Dominantní postavení při řešení těchto stavů mají v současné době především endovaskulární metody, při nichž dojde k vyřazení fistulace a ošetření postižené cévy použitím endovaskulárního stent graftu.

Pokročilý karcinom prostaty

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

PÁTEK / 7. 4. 2017 / 10.15–10.55

Androgenní deprivace v rutinní praxi

MUDr. Hana Študentová, Ph.D.

Onkologická klinika FN a LF UP Olomouc

Androgenní deprivace je nedílnou součástí léčby nemocných s pokročilým či metastatic-

kým karcinomem prostaty. Androgenní deprivaci lze uplatnit samostatně nebo v kombinaci s jinými léčebnými modalitami. Androgenní deprivace jednoznačně prodlužuje přežití nemocných v kombinaci s radioterapií u nemocných s high-risk lokalizovaným karcinomem. Používá

se také při biochemickém relapsu a od tohoto momentu nemocné provází již po celou dobu jejich nemoci. Zlatým standardem v androgen-ní deprivaci zůstává bilaterální orchiektomie, nicméně tento tradiční přístup bývá často nahrazován farmakologickými možnostmi, pokud je však terapie pouze na omezenou dobu či si nemocný operaci nepřeje, pak máme celou řadu farmakologických možností. V běžné klinické praxi se používají agonisté či antagonisté gonadoliberinu (GnRH) v různých dávkovacích schématech. Nežádoucí účinky těchto preparátů jsou notoricky známé a musíme s nimi počítat jak my, tak především naši pacienti. Pokrok jde stále kupředu, nicméně hormonální terapie zůstává díky hormonální senzitivitě buněk karcinomu prostaty (jak v časných, tak i velmi pozdních stádiích onemocnění) stále v popředí a bez ní se v léčbě karcinomu prostaty prostě neobejdeme.

Možnosti léčby kastračně rezistentního karcinomu prostaty

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Androgen deprivace (kastrace/LHRH agonisté a antagonisté) je základem léčby lokálně pokročilého a metastatického karcinomu prostaty. Navzdory ověřené účinnosti ADT léčby a pozitivnímu vlivu na celkové přežití, dochází s časem, tak jako u jiných nádorů, i u karcinomu prostaty ke změnám na molekulární úrovni, které mají za následek progresi onemocnění. Onemocnění přechází z kastračně senzitivního do kastračně rezistentního stadia – (m)CRPC.

(m)CRPC je definován kastračními hladinami testosteronu a současně PSA progresí (definovanou jako dva následné vzestupy PSA – tři hodnoty PSA – s odstupem alespoň jednoho týdne při PSA 2ng/ml a více), a/nebo radiografickou progresí definovanou jako výskyt dvou nebo více nových kostních lézí nebo progresí v měkkých tkáních podle RECIST kritérií.

V kontextu nových poznatků o patofyziologii (m)CRPC došlo v posledních letech ke změně definice, podmínkou stanovení (m)CRPC již není sekundární hormonální manipulace či léčba antiandrogeny. Onemocnění je dříve definováno jako kastračně rezistentní, což umožňuje nemocné léčit dříve novými ARTA léky (ARTA – androgen receptor targeted agents).

Diagnostika karcinomu prostaty

garant: doc. MUDr. František Zátura, Ph.D.

PÁTEK / 7. 4. 2017 / 10.55–11.45

Přírůs PHI v diagnostice karcinomu prostaty

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika, FN a LF UP Olomouc

Diagnostika karcinomu prostaty a efektivnost následné léčby této malignity je založena na monitorování hladin prostatického specifického antigenu (PSA) v séru. Ačkoli je tento biomarker

orgánově specifický, jeho senzitivita a specifita pro karcinom souvisí s konkrétní hladinou PSA (při nízkých hodnotách PSA je senzitivita taktéž nízká při současně vysoké specifitě). Z důvodu přesnější selekce pacientů pro indikaci biopsie prostaty byly do praxe uvedeny další sérové markery (resp. markery odvozené od PSA – věkově specifické PSA, PSA index, PSA velocita) a markery močové. V současné době dosahuje nejvyšší senzitivity a specifity pro karcinom prostaty jedna z frakcí volného PSA, konkrétně izoforma [-2]proPSA (někdy označována p2PSA). Tato, vztažena do formule spolu s volným a celkovým PSA, vytváří tzv. Prostate Health Index (PHI), kde $PHI = (p2PSA/fPSA) \times \sqrt{(tPSA)}$. Jeho jedinečnost spočívá ve zvyšování specifity vyšetření oproti celkovému PSA či indexu PSA zejména u pacientů s PSA v rozmezí 2–10 ng/ml. Umožňuje tedy selekci pacientů ve vyšším riziku přítomnosti karcinomu prostaty a současně redukuje počet pacientů indikovaných k biopsii prostaty. Dalším nesporným přínosem je fakt, že podle řady prací koreluje hodnota PHI s Gleasonovým skóre v karcinomu prostaty (vyšší PHI se objevuje u pacientů s Gleasonovým skóre ≥ 7). Lze tedy uzavřít, že PHI patří mezi další slibné onkomarkery, které jsou k dispozici nejen pro zlepšení diagnostiky karcinomu prostaty, ale také k posouzení agresivnosti nádoru a potenciálně k lepší stratifikaci pacientů pro konkrétní formu léčby.

Diagnostika karcinomu prostaty – mpMR, MR-TRUS biopsie

MUDr. Pavla Hanzlíková¹,

MUDr. Tomáš Pavlošek²,

doc. MUDr. Jana Chmelová, Ph.D.³

¹MR Sagena s.r.o., Frýdek-Místek

²Urologická ambulance Sagena, s.r.o.,

Frýdek-Místek

³Radiologie a zobrazovací metody,

Městská nemocnice Ostrava

Cíl: Cílem našeho sdělení je posluchače seznámit s hodnocením výsledků multiparametrického MR vyšetření prostaty s použitím PI-RADSv2 skóre, s přípravou a provedením MR-US fúze a na základě toho s provedením navigované MR-TRUS biopsie.

Materiál a metodika: Multiparametrická MR na přístroji MR AVANTO Siemens 1,5 T, endorektální cívka; TRUS na přístroji BK medical Flex Focus 400; Fúzovací systém MEDEX Biopsee 2.2.

Výsledky: V našem sdělení prezentujeme základní principy multiparametrického zobrazení prostaty na 1,5T přístroji s použitím endorektální cívky. Dále předkládáme skórovací systém PI-RADSv2, který je standardem hodnocení v detekci malignity prostaty. Jeho výsledky slouží k určení místa biopsie; ta se na našem pracovišti provádí standardně po předchozí fúzi US obrazu s MR obrazy. Biopsie pod MR navigací obsahuje vždy minimálně dva vzorky, je následována 12vzorkovou strukturovanou biopsií.

Závěr: Na základě multiparametrického MR vyšetření stanovujeme PI-RADSv2 skóre, provádíme fúzi MR obrazu s US obrazem a cílenou biopsii suspektních ložisek prostaty. Předkládáme první zkušenosti s navigovanou MR-TRUS biopsií, komparaci biopsie cíleného ložiska pozitivního dle PIRADSv2 skóre s biopsií strukturovanou.

První zkušenosti s využitím MRI/TRUS softwarové fúze při biopsii prostaty na urologické ambulanci SAGENA

MUDr. Tomáš Pavlosek

Urologická ambulance SAGENA, s.r.o.,
Frýdek-Místek

Úvod: Korelace s radikálními prostatektomiemi dokazuje, že mpMRI, zahrnující T2 – vážené zobrazení, difúzně vážené zobrazení – DWI, dynamickým kontrastem rozšířené zobrazení – DCE a spektroskopii, má vynikající senzitivitu pro detekci a lokalizaci karcinomu prostaty s Gleason skóre ≥ 7 . (EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer 2016).

Materiál a metody: Na urologické ambulanci Sagena, s.r.o., Frýdek-Místek jsme v období 11/2016–2/2017 provedli 15 biopsií prostaty metodou MRI/TRUS fúze na přístroji Biop See 2.1 společnosti MEDCOM GmbH. Ve 13 případech šlo o opakovanou biopsii. Všichni pacienti měli provedeno mpMRI vyšetření prostaty a podezřelá ložiska byla hodnocena podle PI-RADSv2 skóre. Z podezřelých ložisek byly odebrány 2 vzorky při gr. 3 a 3 vzorky při gr. 4–5. Dále byla provedena systematická biopsie 6 + 6 vzorků. Průměrné PSA pacientů

bylo 7,52 (4,36–13,79). Průměrné PHI bylo 39,14 (21,3–50,05).

Výsledky: U třech z 15 pacientů byl zachycen karcinom prostaty při cílené biopsii, tj. 20% úspěšnost. Ani u jednoho pacienta nebyl zachycen karcinom prostaty při systematické biopsii 6 + 6. Průměrné PSA pacientů s CaP bylo 7,53 ng/ml (4,79–2,16), průměrné PHI bylo 44,98 (39,9–50,05). U dvou pacientů byl zachycen karcinom prostaty GS 3 + 3 z ložisek gr. 4 dle PI-RADSv2 skóre. U jednoho pacienta karcinom prostaty GS 3 + 4 z ložiska gr. 5 dle PI-RADSv2 skóre. Senzitivita pro ložiska gr. 4 je 100 %. Specificita pro ložiska gr. 3 a 4 je 50%. Pozitivní prediktivní hodnota pro gr. 4 je 33,3 %. Negativní prediktivní hodnota pro gr. 3 je 100 %.

Závěr: Před opakovanou biopsií prostaty by mělo být provedeno mpMRI vyšetření prostaty a opakovaná biopsie prostaty má zahrnovat systematickou biopsii prostaty + cílenou biopsii prostaty z podezřelých ložisek zobrazených při mpMRI. (EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer 2016). Z našeho souboru vyplývá, že cílená biopsie odhalila karcinom prostaty u 20 % mužů, u kterých je systematická (i opakovaná) biopsie prostaty negativní.

Novinky a praktické zkušenosti z urologie

garanti: doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.,

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., FEBU

PÁTEK / 7. 4. 2017 / 11.55–13.15

Urologické operace u pacientů vyššího věku (rizika a komplikace)

MUDr. Jan Tomášek

Urologická klinika FN a LF UK

Hradec Králové

Úvod: Je známo, že se prodlužuje průměrná délka života a tím přibývá starších pacientů s maligním onemocněním. Radikální chirurgická léčba je často neefektivnější léčebná metoda a tak vzniká dilema, zda je také bezpečná u geriatrických pacientů. Cílem naší studie je zhodnocení výsledků a komplikací radikální chirurgické léčby u starších pacientů a jejich porovnání s kontrolní skupinou mladších pacientů.

Soubor a metoda: Retrospektivně byl hodnocen soubor 108 pacientů starších 75 let a 410 pacientů ve věku 60–70 let, kteří v období od května 2013 do června 2015 podstoupili cystektomii, radikální prostatektomii, nefrektomii a resekci ledviny. Bylo zhodnoceno operační riziko stran komorbidit pomocí ASA klasifikace (American Society of Anesthesiologists) a CCI (Charlson Comorbidity Index). Pooperační komplikace byly hodnoceny pomocí Dindo-Clavienovy stupnice.

Výsledky: Průměrný věk starší skupiny pacientů byl 78 let (75–87 let), průměrný věk v kontrolní skupině pacientů byl 65 let (60–70 let). Průměrná doba sledování byla 21 měsíců. Během samotného operačního zákroku žádný pacient nezemřel, 2 zemřeli v časném postoperačním

období. V obou případech se jednalo o pacienty s karcinomem ledvin. Radikální cystektomie byla nejvíce zatížena komplikacemi v populaci geriatrických pacientů konkrétně v 68 % případů (13/19) a v kontrolní skupině 38 % (17/45). Nejčastějšími komplikacemi byly uroinfekce a rané komplikace.

Radikální prostatektomie pak byla relativně bezpečná. Komplikace u geriatrických pacientů byla v 23 % (3/13) a v kontrolní skupině pak v 7 % (14/194). Z časných pooperačních komplikací se jednalo o urinózní leak z anastomózy a z pozdních komplikací pak především močová inkontinence. Doba rehabilitace močové inkontinence je u starších pacientů delší.

Výskyt komplikací u nefrektomií byl v obou skupinách velmi podobný. U skupiny starších pacientů byly komplikace v 22 % (14/65) a u kontrolní skupiny v 18 % (19/120). Nejčastější komplikací pak bylo především postoperační krvácení, ve skupině starších pacientů se vyskytla jedna komplikace tíže DINDO 5 na vrub postoperačního krvácení. Četnost komplikací v obou skupinách byla nezávislá na tíži komorbidit dle ASA či CCI.

Resekce ledviny byly zatíženy 42% (5/12) výskytem komplikací u skupiny starších pacientů a 16% (8/50) u kontrolní skupiny. Nejčastější komplikací pak bylo opět postoperační krvácení a dále urinózní leak. Nejzávažnější komplikací byla perforace gastroduodenálního vředu s rozvojem hemoperitonea a peritonitidy.

Žádné úmrtí nebylo způsobeno vlastním nádorem. Zhodnocení rizik pomoci ASA klasifikace či CCI jsou velmi důležité k predikci časného pooperačního průběhu. Pacienti s nízkými hodnotami ASA a CCI byli zatíženi nižším počtem komplikací. CCI bylo přesnější než ASA klasifikace.

Závěr: Radikální onkochirurgická léčba je bezpečná u pacientů v dobré předoperační kondici s adekvátně léčenými komorbiditami. Radikální cystektomie ve vyšším věku je zatížena vysokým počtem komplikací. U těchto pacientů je nutné předvídat a předcházet případným komplikacím. Radikální prostatektomie byla zatížena nízkým počtem komplikací, především stresovou inkontinencí. Radikální nefrektomie a resekce ledviny jsou u vybraných pacientů bezpečnou a vysoce efektivní metodou léčby. Nejčastější komplikací je postoperační krvácení a 2 pacienti zemřeli v časném postoperačním období.

Urologické komplikace onkologické léčby v gynekologii – pětiletá retrospektivní studie z jednoho centra

MUDr. Jiří Špaček¹,

doc. MUDr. Jiří Špaček, Ph.D.²,

prof. MUDr. Jiří Petera, Ph.D.³,

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.¹

¹Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

²Porodnicko-gynekologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

³Klinika onkologie a radioterapie FN a LF UK Hradec Králové

Úvod: Moderní pojetí onkogynekologické léčby vychází zejména ze snahy o maximální personalizaci. Základním momentem v léčbě solidních

nádorů je odstranění nádorového ložiska včetně „zdravého okraje“ a nulový reziduální tumor je ústředním cílem. Doba přežití se prodlužuje a do popředí se dostává kvalita života a s tím související možné projevy nežádoucích účinků. Vedle pacientek, které jsou primárně chirurgicky léčitelné, existují také případy, u kterých nepřichází chirurgické odstranění v úvahu a preferovány jsou jiné způsoby léčby – u onemocnění dělohy zejména radioterapie a u zhoubných nádorů vaječníku chemoterapie. Urologické komplikace u pacientek léčených pro gynekologickou malignitu patří k těm, které jsou nejhůře tolerované. Jejich terapie bývá komplikována a vyžaduje dlouhodobou specializovanou péči.

Materiál a metody: V pětiletém období (od ledna 2010 do prosince 2015) byla retrospektivně zhodnocena data od 345 pacientek s diagnózou karcinomu endometria (C53) a karcinomu děložního čípku (C54). Karcinom ovaria nebyl do sledované skupiny zařazen z důvodu odlišného managementu primární onkologické terapie. Většina pacientek (86 %) s diagnózou C53 a C54 prodělala radikální chirurgickou léčbu s případnou radioterapií nebo chemoterapií. Ve zbývajících případech pacientky podstoupily primární onkologickou léčbu. Hodnocenými parametry byla souhrnná urologická morbidita, nutnost urologické intervence a RTOG/EORTC skórovací schéma nežádoucích účinků radioterapie.

Diskuze: Urologické komplikace spojené s protinádorovou léčbou lze obecně rozdělit na akutní, pozdní a velmi pozdní. Akutní nežádoucí účinky byly dále děleny na chirurgické a nechirurgické. Poranění močovodu a dolních močových cest bylo zjištěno u 11 % pacientek. Akutní nechirurgické komplikace (postiradiační cystitida a hematurie) byly zjištěny ve 26 % případů. Do skupiny pozdních

a velmi pozdních nežádoucích účinků byly zahrnuty chronické infekce močových cest, postižení horních močových cest ve formě striktury močovodu a hydronefrózy. Patologická komunikace s močovými cestami – píštěl byla zjištěna u 35 pacientek. Ve zbývajících případech byly popsány inkontinence moče, neurogenní poruchy dolních močových cest, chronická pánevní bolest a sekundární malignity a jiná urologická onemocnění.

Závěr: Terapie gynekologických malignit prodělala za posledních dvacet let velký pokrok zejména se zavedením moderních diagnostických metod, propracováním klasifikačních a prognostických kritérií, novými operačními technikami, ale i rozvojem v radiační a klinické onkologii. Jedním ze základních pokroků je však i možnost multioborové spolupráce. Komplexní onkologická centra by měla poskytovat zázemí týmu lékařů, kteří vedou léčbu, ale jsou schopni řešit i komplikace související s touto terapií. Nežádoucí účinky léčby v oblasti urologického traktu představují v gynekologické onkologii významnou a zároveň i mimořádně komplikovanou kapitolu. Má-li dojít v budoucnosti i k posunu v této oblasti, je třeba, aby byla těmto potenciálním komplikacím věnována systematicky pozornost.

Inkontinence po operaci prostaty, jak vyšetřovat a koho léčit

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Karcinom prostaty patří mezi nejčastější malignitu u mužů. V případě lokalizovaného onemocnění nabízí radikální prostatektomie (RP) nejlepší onkologické výsledky, a proto je ve většině případů terapií první volby. I přes zdoko-

nalující se operační techniku hrozí po RP trvalé následky. K těm nejobávanějším bezesporu patří inkontinence moči, která významně ovlivňuje každodenní život postižených pacientů.

Narůstající počet provedených RP během posledních let vede k pozvolna zvyšujícímu se celkovému počtu pacientů trpících inkontinencí moči po operaci. Stanovit přesnou incidenci postprostatektomické inkontinence moči (PPI) je nemožné, protože její výskyt se může měnit v závislosti na době od RP. Incidence PPI se v odborné literatuře liší, výskyt je uváděn v rozmezí 4–50 %. Tyto rozdílné údaje mohou být způsobeny nejednotnou definicí inkontinence moči, například většina autorů používá pojem „sociální inkontinence“, tedy schopnost žít normální život bez omezení s použitím maximálně jedné vložky denně. Nicméně je zřejmé, že žít život bez inkontinenčních pomůcek nebo s jednou vložkou „pro jistotu“ je z pohledu pacienta výrazný rozdíl.

Diagnostika inkontinence moči po operacích prostaty má svá úskalí. Zatím chybí jednoznačné validované vyšetření, které by přesně určilo stav PPI. Evropská urologická společnost (EAU) doporučuje dvoustupňový vyšetřovací algoritmus. V první řadě se začíná s neinvazivními metodami, jako je pečlivě odebraná anamnéza, vyšetření moči, ultrazvukové změření postmikčního rezidu, analýza mikčního deníku a vyplnění dotazníků (např. zkrácená forma ICIQ – International Consultation on Incontinence Questionnaire). Bohužel zatím neexistuje žádný dotazník, který by byl specifický jen pro PPI a pomohl odlišit urgentní od stresové inkontinence. Nezbytnou součástí vyšetřovacího algoritmu je endoskopické vyšetření s posouzením stavu sfinkteru a anastomózy. Někteří autoři doporučují ke stanovení

benefitu miniinvazivní terapie provedení tzv. repozičního testu během cystoskopie.

Chirurgická léčba je indikována u pacientů v remisi svého onemocnění a s časovým odstupem minimálně 12 měsíců od radikální prostatektomie. Zlatý standard terapie PPI představuje umělý svěrač. Ve většině případů inkontinence ale není způsobená lézí sfinkteru. Proto se v posledním desetiletí ukazuje nový trend, a tím je implantace minimálně invazivních systémů. Stále platí, že neexistuje žádná univerzální terapie, která by pacientům s PPI zajistila nejlepší výsledek. I po implantaci svěrače může přetrvávat inkontinence moči. Pacienti by měli být vždy poučeni o relativně vysokém riziku komplikací. Minimálně invazivní systémy mají podobnou úspěšnost léčby jako umělý svěrač. Náklady na terapii jsou ale nesrovnatelné.

Individuální rozdíly po operacích prostaty mohou být příčinou, proč pacienti se stejným stupněm inkontinence před operací dosahují různých výsledků po léčbě. U fixních pásek není možnost operačně změnit utažení slingu. Z tohoto pohledu by měli být v terapii PPI preferované adjustabilní systémy, které umožňují implantát i pooperačně přizpůsobit potřebám pacienta.

Použití úzkopásmového zobrazení (NBI) v diagnostice karcinomu močového měchýře

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Standardem léčby svalovinu neinfiltrujícího nádoru močového měchýře je transuretrální resekce (TUR) tumoru. Navzdory řádně provedenému výkonu je u velké části pacientů prokázána recidiva

nádorů. Příčinou může být kancerogenní potenciál buněk urotelu nebo nedostatečně radikálně provedený výkon, kdy nebyla při TUR odhalena všechna maligní ložiska v měchýři. Zlepšení diagnostických možností lze docílit použitím endoskopických technik zdokonalujících rozlišení mezi normální a patologickou sliznicí měchýře. Mimo běžně používaného bílého světla při cystoskopii je dnes z novějších technologií k dispozici fotodynamická diagnostika (PDD – photodynamic diagnostic) a úzkopásmové zobrazení (NBI – narrow band imaging). Při PDD je nutné intravezikální podání fotosenzibilizátoru močovým katétre. V průběhu následné cystoskopie dojde při použití modrého světla o vlnové délce 375–440 nm ke zvýraznění abnormální slizniční tkáně z důvodu červené fluorescence v postižené oblasti. Úzkopásmové zobrazení je naopak založeno na použití speciálních filtrů při cystoskopii – tyto propustí z bílého světla svazky úzkého frekvenčního spektra o dvou různých vlnových délkách – zelenou (540 nm) a modrou (415 nm). S výhodou je fakt, že oproti fotodynamické technologii není potřeba žádná předcházející aplikace fotosenzibilizátoru do měchýře. Při použití NBI dochází k absorpci světla hemoglobinem a světlo proniká do povrchných vrstev tkáně, přičemž se zvýrazňuje cévní zásobené tkáni. Toto je v případě nádorů měchýře výraznější než v okolní normální tkáni. Zejména novotvořené kapiláry jsou pozorovatelné intraepiteliálně a při použití NBI je lze detekovat již při velikosti několik milimetrů jako drobné hnědé tečky. Díky tomu lze odhalit i velmi drobné nádory, oblasti carcinoma in situ (CIS) případně v rámci terapie pak rozšíření TUR k zajištění negativních okrajů resekční plochy. Srovnávací studie (bílé světlo vs. NBI) opakovaně prokázaly zvýšení záchytnosti nádorů při použití NBI, což ve svém důsledku vedlo ke snížení reci-

div (týká se nádorů jak primárně zachycených, tak recidivujících).

Vazologatura – praktické typy

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Vazologatura se stává poměrně často žádaným zákrokem. Ve sdělení jsou uvedena indikační kritéria, praktické typy provedení, právní aspekty.

Život urologa v Německu

MUDr. Hynek Skoták

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

V roce 2010 vyvrcholila nespokojenost lékařů vyhlášením akce „Děkujeme, odcházíme“. Pro mě, jakožto studenta medicíny 6. ročníku MU v Brně, se otevíraly nepěkné vyhlídky – většina nabídek ve fakultní nemocnici se točila kolem úvazku 0,1 a Ph.D. stipendium, okresní nemocnice sice nabízely plný úvazek, ale se stabilizační dohodou, která znamenala, že příštích 10 let nebudu moci změnit místo.

A pak tu byla 3. možnost – zkusit štěstí za hranicemi, kde prý, alespoň dle některých informací, byly nemocnice hladové po lékařích a nabízely nejen mimořádně dobré platové podmínky, ale i nadstandardní přístup k zaměstnancům, a zejména pak ucelený systém předatestačního vzdělávání bez dodatečných podmínek.

Urologická předatestační příprava v Německu má jasná pravidla:

- 60 měsíců předatestační přípravy na urologickém lůžkovém oddělení pod vedením lékaře s odpovídajícím povolením,
- do těchto 60 měsíců může být uznáno až 12 měsíců na lůžkovém chirurgickém odděle-

ní, 6 měsíců na jiném oddělení a 12 měsíců v ambulantní praxi,

- po doložení absolvované přípravy, provedených výkonů odpovídajících požadavkům (Logbuch) a doporučení školitele následuje složení atestační zkoušky a získání titulu Facharzt für Urologie.

Velkým rozdílem německé urologie proti české je také její rozsah. Němečtí urologové stále hrají prim v urogynekologii a navíc řeší kompletní onkologii, včetně léčby pokročilých onemocnění kurativní či paliativní chemoterapií a péči o pacienty v terminálních stádiích onemocnění, ať již samostatně nebo interdisciplinárně.

Finanční ohodnocení lékařů je ve všech nemocnicích téměř stejné a řídí se tzv. „Marburger Tarif“, který je s minimálními nuancemi stejný pro všechny lékaře a nemocnice. Lékař v prvním roce předatestační přípravy nastupuje za plat min. 4 200 Eur, po atestaci je minimální plat 5 700 Eur, Oberarzt začíná na 7 200 Eur měsíčně. Pro zástupce primáře (Ltd. Oberarzt) je minimální nástupní plat 8 500 Euro měsíčně, obvykle je však plat stejně jako pro primáře (Chefarzt) smluvní a pohybuje se mimo veškeré představitelné tabulky.

V České republice se v současnosti vede nekonečný boj o zákon na vzdělávání lékařů, šance na jeho brzké ukončení se zdají být v nedohlednu. Finanční ohodnocení je v jednotlivých nemocnicích značně rozdílné, ve značné míře i závislé na „osobním ohodnocení“. Velkou část výplat tvoří přesčasová práce, která je navíc prováděna pod různými dohodami o provedení činnosti, aby alespoň formálně odpovídala zákoníku práce.

Nejen pro studenty medicíny a mladé lékaře se proto nabízí otázka: „Co dál?“

Sesterská sekce I

garanti: doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., Jitka Hanousková,
Bc. Lenka Pásztorová, Irena Kader Agová, Veronika Sotonová
ČTVRTEK / 6. 4. 2017 / 14.30–18.30

BCG

Miroslava Šefčíková, Karla Krejčířiková

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Cíl: Seznámit posluchače s aplikací BCG vakcíny do močového měchýře.

Metodika: Praxe autorek v provozu urologické ambulance FN Olomouc.

Výsledky: Správná indikace a podání BCG vakcíny vede k příznivým výsledkům léčby.

Závěr: BCG je suspenze živých bakterií, které stimulují imunitní systém a pomáhají při léčbě onemocnění močového měchýře.

Stresová inkontinence – posilování pánevního dna

Stanislava Hilšnerová, Zuzana Hrabcová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Cíl: Seznámit posluchače se cviky pánevního dna při léčbě stresové inkontinence. Správná diagnostika rozhoduje o způsobu terapie.

Metodika: Autorky provedly rozhovor s pacientkami k získání anamnestických údajů. Mezi doplňková vyšetření zařadily edukaci, brožury.

Výsledky: Kvalitní zhodnocení stupně inkontinence a bezbolestná diagnostika vede ke správné léčbě s dobrými výsledky.

Závěr: Stresová inkontinence je samovolný únik moči, má negativní vliv na kvalitu života. Ale

při správné diagnostice a léčbě jsou negativní vlivy minimalizovány.

Implantace pásek a sítěk

Dagmar Vaculíková, Jitka Bajnoková

Urologické oddělení, Nemocnice Kyjov

Močová inkontinence je nedobrovolný únik moči, který má negativní vliv na kvalitu života, nejčastěji v ženské populaci. Častou příčinou rozvoje inkontinence jsou nefyziologické anatomické a funkční poměry v malé pánvi. Správně diagnostikovaná močová inkontinence je ve většině takových případů léčitelná operačně.

Cílem přednášky je seznámit posluchače s prací na našem pracovišti, které se řadí do předních urogynekologických pracovišť, kde se tato problematika stala naším „denním chlebem“. Přednáška se věnuje diagnostice a terapii nejčastějších typů urogynekologických operací, a to stresové inkontinenci a prolapsům dna pánevního.

Zapomenutý stent aneb někdy dobrá edukace nestačí

Bc. Lucie Mellwig

Urologické oddělení, Krajská nemocnice

Tomáše Bati, a.s. Zlín

Cílem práce je zachytit kazuistiku mladé ženy trpící litiázou. Práce je rozdělena na dvě části.

První část je kazuistika ženy, která se opakovaně nedostavuje k pravidelným urologickým kontrolám. Ve druhé části je popsána obecná edukace u urologických pacientů, kteří se propouštějí do domácí péče se zavedeným stentem. V práci je přiložena i fotografie informačního letáku pro pacienty se zavedeným stentem v močovodu, který dostávají pacienti na našem oddělení.

V kazuistice autor popisuje průběh hospitalizace, jaké výkony pacientka podstupovala a jaké komplikace si způsobila vlivem zanedbávání pravidelných urologických kontrol. Pacientka měla mezi kontroly u urologa až rok a půl absenci, kdy si způsobila akutní komplikace, které vyžadovali okamžitou hospitalizaci a následný operační zákrok. Snahou autora je poukázat na důležitost edukace, správný obsah a vhodně zvolenou formu komunikace mezi sestrou a edukovaným.

Nutno podotknout, že vždy je rozhodující postoj každého člověka. Jeho volbou, zdali dá přednost radám lékaře či sestry, nebo nebude respektovat vyřčené doporučení a možné komplikace a tak i hazardovat se svým zdravím. Mladá žena byla dostatečně edukována, dostala i informační letáček, kde jsou obsaženy veškeré možné informace, vztahující se ke stentu, jejího onemocnění a důrazné doporučení pravidelných kontrol, pravidelné reimplantaci či extrakci stentu. Někdy i dobrá edukace nestačí.

Ewingův sarkom aneb mládí a nemoc, proč tak moc?

Marie Schindlerová, Jana Pikalová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Ewingův sarkom je vzácné nádorové onemocnění. Vyskytuje se především v dřevěné du-

tině dlouhých kostí. Postižena může být pánev a páteř. Snadno metastazuje do plic, kostní dřeně a ostatních kostí. Podkladem pro vznik Ewingova sarkomu je chromozomální porucha, tudíž genetická predispozice. Mezi první příznaky patří bolest postižené oblasti, pokud je sarkom blízko pod kůží, může být i hmatný. Celkové příznaky – teplota, nechutenství, nevolnost, anémie, únava.

Autorky kazuistiky vás seznámí s tímto onemocněním u mladé ženy, s průběhem léčby a řešením jejího naléhavého stavu. Diagnostikován byl Ewingův sarkom extraoseální.

5leté přežití nepřesahuje 15 %. Prognóza pacientů s relabující chorobou je špatná, a to především tehdy, kdy k růstu tumoru dochází již v průběhu léčby nebo časně po ukončení léčby. Většina relapsů nastává v prvních třech letech, k pozdnímu relapsu může dojít i po více než 15 letech od stanovení diagnózy.

Komplikace urostomií

Bc. Pavla Őrhalmi

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Úvod: Základní dělení komplikací stomií (týkající se i urostomií) je na časně pooperační komplikace a pozdní komplikace. K časným pooperačním komplikacím patří nevhodné umístění stomie, dislokace stomie, nekróza, krvácení, edém stomie, ileus (mechanický, paralytický), hnisavý zánět v okolí stomie. Pozdní komplikace se projevují po delším časovém horizontu po založení stomie a může vzniknout stenóza stomie, retrakce, prolaps, parastomální kýla, granulace okrajů stomie, kožní dermatitidy, ulcerace a macerace.

V mnohých případech se dá případným komplikacím zabránit a to vhodnou technikou

operačního vytvoření stomie, správným ošetřováním, používáním vhodně zvolených pomůcek pro péči o stomii a dostatečným poučením stomika o všech komplikacích související se stomií, aby je mohl včas rozpoznat a cíleně řešit.

Cíl: Presentace se zabývá jednotlivými možnými komplikacemi spojené s urostomií. Mimo výše uvedené komplikace se zaměřuje i na opakované infekce horních močových cest, které vznikají právě na podkladě vytvořené urostomie.

BCG imunoterapie při onemocnění nádoru močového měchýře

Lenka Ďurišová

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Úvod: Základem léčby povrchového karcinomu močového měchýře je endoresektomie. I při správně provedeném výkonu je cca 60% pravděpodobnost lokální recidivy. Ještě horší situace je v případě nálezu high grade povrchového karcinomu či karcinomu in situ. Zde je nejen vysoká pravděpodobnost lokální recidivy, ale i vysoké riziko progresu či metastazování. V takovém případě je samostatná endoresektomie nedostatečná a musí být doplněna další onkologickou léčbou. Jako nejúčinnější se jeví instilační léčba vakcínou Bacillus-Calmette-Guérin (BCG). Jde o preparát obsahující oslabený kmen mykobakterií – původců tuberkulózy. Intravezikální podání BCG vakcíny má přesná indikační kritéria a je podávána podle přesného schématu. První indukční série zahrnuje 6x podání v týdenních intervalech, následná udržovací léčba zahrnuje 3 série v týdenních intervalech v tří, respektive šestiměsíčních periodách. Účinnost léčby je kontrolována cystoskopickými a bioptickými

vyšetřeními též podle stanoveného schématu. I přes některé nežádoucí účinky má instilační terapie BCG vakcínou významné místo v léčbě agresivních forem povrchových karcinomů močového měchýře. Pacientům přináší cca 27% snížení rizika recidivy karcinomu. Velmi důležitá je správná indikace této léčby, přesné dodržení schématu podání a v neposlední řadě řádné poučení pacienta a jeho spolupráce při léčbě.

Cíl: Cílem prezentace je seznámení s aplikací BCG vakcíny na naší klinice.

Pacientka vyžadující interdisciplinární péči

Zuzana Kusýová, Silvia Košutová

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Úvod: Interdisciplinární tým je v literatuře specifikován jako „skupina nezávislých zdravotnických profesionálů, kterými jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, nutriční terapeuti a další. Tito sdílí společný účel svého odborného konání, jsou společně zodpovědní za péči a chápou roli svou i roli ostatních při poskytování služeb“.

Cíl: Cílem prezentace je ukázat na příkladové kazuistice pacientky, jak konkrétně byla v průběhu hospitalizace použita spolupráce interdisciplinárního týmu.

Rok provozu centra robotické chirurgie ve FN Hradec Králové

Bc. Veronika Sotonová

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Cílem přednášky je seznámit posluchače se zkušenostmi a výsledky z prvního roku provozu robotického centra.

Koncem roku 2015 byl zakoupen robotický systém poslední generace da Vinci Xi ve FN HK a bylo založeno Centrum robotické chirurgie. Toto centrum je novým operačním oborem, pracujícím na Oddělení centrálních operačních sálů.

Přednáška obsahuje informace o prvních zkušenostech a vizi Centra robotické chirurgie ve FN HK. Robotické operativě se v současnosti věnují urologové, gynekologové a chirurgové. Budou uvedeny dosažené počty operací s výhledem na rok 2017, 2018 a zhodnoceny kvantitativní i kvalitativní kritéria u nejvíce prováděné operace – roboticky asistované radikální prostatektomie.

Roboticky asistovaná prostatektomie

Bc. Lucie Šmejkalová

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Cílem přednášky je seznámit posluchače s roboticky asistovanou radikální prostatektomií prováděnou v Hradci Králové od ledna 2016 na systému da Vinci Xi, díky němuž vznikl pro zaměstnance na Centrálních operačních sálech ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové nový operační obor.

Představím rizika a výhody robotické operace, instrumentarium potřebné k roboticky asistovanému výkonu, nutnou polohu a možné komplikace polohování.

Vývoj a nové techniky u radikální cystektomie používané na našem pracovišti

Martina Fričarová

Centrální operační sály a sterilizace,
FN a LF UP Olomouc

Radikální cystektomie je velká břišní operace na více orgánech. Za dobu provádění tohoto výkonu došlo k mnoha vylepšením a změnám operačního postupu. Před 15 lety operační výkon trval až 10 h a vážně ohrožoval pacienta na životě. Dnes trvá operace 3 h s minimálními krevními ztrátami. Změnilo se používání šicího materiálu, jsou jiné druhy materiálu a šicí techniky. Toto je jen okrajové seznámení s obsahem příspěvku.

Olomoucké robotické centrum od 0 ke 1 800 výkonům

Irena Kader Agová

Centrální operační sály a sterilizace,
FN a LF UP Olomouc

Naše robotické centrum bylo jedno z posledních v ČR, které vzniklo. Za dobu jeho trvání jsme odoperovali 1 863 výkonů, snad neskončíme. Začátky nebyly jednoduché, všichni jsme se na sebe museli naučit spoléhat. Některé úkony jsou automatické, rutinní. Některé jsme vylepšili, zdokonalili. Někdy operace plyne bez komplikací, hladce. Jindy je od začátku vše proti nám. Některé časy KONZOL TIME jsou ukázkové pod 1 h a některé jsou jako na začátku 3 h. To vše a pár zajímavostí bude obsaženo v prezentaci.

Role biomedicínského inženýra v nemocnici

Ing. Jakub Král

Centrální operační sály a sterilizace,
FN a LF UP Olomouc

V rámci přednášky bude nejprve upřesněn pojem biomedicínský inženýr, jeho vzdělá-

ní, kompetence a budou naznačeny důvody vzniku oboru biomedicínský inženýr. V další části bude uvedeno uplatnění tohoto oboru v nemocnici a význam pro chod klinik a od-

dělení. V závěru přednášky budou účastníci seznámeni s chodem OBMI konkrétně ve FN Olomouc a s činnostmi, které toto oddělení zajišťuje.

Sesterská sekce II

garanti: Jitka Hanousková, Bc. Lenka Pásztorová

PÁTEK / 7. 4. 2017 / 9.00–13.00

Možnosti léčby ED po operacích prostaty – RARP (KARON)

Olga Pavelková, Lucie Huňová

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

Cíl: Zhodnotíme urologické možnosti léčby ED a následnou farmakologickou terapii.

Metodika: V rámci diagnostiky u pacientů před i po operačních výkonech – RARP. Provádíme monitoring dotazníku IIEF-5 anamnézou od pacienta, po 3 měsíčních kontrolách nasazení vhodné farmakoterapie. Následná nabídka a metodika jednorázové aplikace léku (Karon inhibitor PDE-5, Vitaros).

Výsledky: V našem souboru pacientů s ED po RARP jsme porovnávali výsledky dotazníku zejména s pacientovým subjektivním hodnocením navrhované farmakoterapie. Dosáhli jsme u velkého procenta pacientů pozitivního vlivu na ochotu k užívání přípravku na podporu ED.

Závěr: Samotná cílená léčba ED má velmi významný vliv na psychiku a celkovou kvalitu života pacienta.

Zátěž GITu po urologických operacích – pohled urologa versus anesteziologa

Bc. Iva Baumová

Urologické oddělení, FN Ostrava

Fast Track je metoda přípravy a zatěžování GITu v invazivní chirurgii s cílem snížit frekvenci pooperačních komplikací, délku hospitalizace a zlepšit komfort pacientů. Poprvé byla popsána v roce 1996 J. Kehletem. Na základě metody Fast Track jsme na Urologickém oddělení FN Ostrava zavedli změny v předoperační přípravě a pooperační zátěži GITu po otevřených operacích od roku 2013. Ve své prezentaci hodnotíme realizaci zavádění změn během 3 let v praxi, popisujeme rozdílné pohledy urologů-operatérů a anesteziologů na pooperační zatěžování GITu.

Karcinom penisu – kazuistika

Bc. Ivona Komorníková

Urologické oddělení, Nemocnice Přerov

Rakovina penisu je velmi vzácné onemocnění, jehož výskyt v poslední době stoupá. Příčinou

rakoviny penisu je nedostatečná hygiena předkožkového vaku (smegma z předkožkového vaku dráždí pokožku a následně vzniká rakovina kůže a žaludu), fimóza (zúžená předkožka), infekce virem HPV a kouření.

Problematika nádorového onemocnění varlat

Bc. Lenka Pásztorová

Urologická klinika FN a LF UK

Hradec Králové

Úvod: Nádorové onemocnění varlat je řazeno mezi nejčastěji se vyskytující solidní nádory postihující mladší muže. Výskyt této malignity má celosvětově vzrůstající trend. Díky rozvoji léčebných metod v posledních desetiletích patří mezi nádory zcela vyléčitelné za předpokladu jejich včasného zachytu. Velmi důležitou roli zde hraje prevence v podobě jednoduchého samovyšetření varlete.

Cíl: Přednáška obsahuje dělení nádorů, příznaky, diagnostiku a léčbu těchto nádorů. Důraz je kladen na prevenci v podobě samovyšetřování. Obsahem je popis pacientovy reakce na nemoc s ohledem na jeho vlastní pojetí nemoci a zmapování role sestry v přístupu k pacientovi s využitím komunikačních dovedností. Prezentována jsou data od pacientů operovaných na naší klinice.

Priapismus – vzácná porucha i dobrovolný stav

Tomáš Kaplan

Urologické oddělení, Nemocnice Nový Jičín

Sexuální tabu mohou být velmi nebezpečná – vzácný stav přetrvávající bolestivé erekce. Druhy priapismu, klinický obraz, terapie a prognóza. Srovnání tří kazuistik z našeho pracoviště.

Syndrom vyhoření

Mgr. Jana Malá

Mentální lázně, Olomouc

Ve svém vystoupení představím syndrom vyhoření v co nejširším kontextu života. Zaměření bude nejen na zdroje a příznaky, ale zejména na nástroje, jak to mít v životě „jinak!, když je jinak...“. Cílem je inspirovat a nabídnout jednoduché kroky, které má často každý tzv. po ruce, ale pod inverzí tvrzení, musím, měl bych a časovým lilem nám zanikají. Přitom právě ony, zasazené do konkrétního životního příběhu každého z nás, nám vytváří imunitu vůči vyhoření. Nedílnou součástí je téma prevence, která bude v duchu motta „dřív, než, až...“. Dokázat vnímat informace, které nám tělo dává nejen v rovině psychické, ale i fyzické a na ně reagovat dřív, než zásoby, síly a energie tzv. vyhoří. Téma vnímám jako velmi aktuální v dynamice současné medicíny a sesterského povolání, které k tomu má i ducha poslání.

19. ročník
**Moravského
urologického
sympozia**

6. – 7. 4. 2017 / Dlouhé Stráně



Pořadatel: Občanské sdružení Muž 21. století, o. s.,
pod záštitou Urologické kliniky LF UK a FN Hradec Králové

Partneři

APOGEPHA Arzneimittel GmbH

Astellas Pharma s.r.o.

Beckman Coulter
Česká republika s.r.o.

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

ELVA Pharma s.r.o.

Ferring

GlaxoSmithKline, s.r.o.

MEDIAL spol. s r.o.

Medingo s.r.o.

Medtronic Czechia s.r.o.

NORDIC Pharma s.r.o.

OLYMPUS CZECH GROUP, s.r.o.

PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.

Pojišťovna VZP, a.s.

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

SANDOZ s.r.o.

SWISS PHARMA, s.r.o.

Mediální partner

**Urologie
pro praxi**

Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast
na finančním zajištění konference

Zkrácená informace o přípravku Spedra® 50 mg, 100 mg, 200 mg. Před předepsáním si přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku.

Složení: Avanafil 50 mg, 100 mg, 200 mg v jedné tabletě.

Terapeutické indikace: Léčba erektilní dysfunkce u dospělých mužů. Aby byl přípravek účinný, je nutná sexuální stimulace.

Dávkování a způsob podání: K perorálnímu podání. Použít u dospělých mužů: Doporučenou dávku 100 mg užít podle potřeby přibližně 15 až 30 minut před sexuální aktivitou. Dávku lze zvýšit na 200 mg nebo snížit na 50 mg. Přípravek se doporučuje užívat maximálně jednou denně. U starších mužů, u mírně až středně závažné renální insuficience (clearance creatininu ≥ 30 ml/min) nebo u diabetu není nutná úprava dávky. U pacientů s mírnou až středně závažnou hepatální insuficiencí (Child-Pughova třída A nebo B) by měla být léčba zahájena minimální účinnou dávkou a dávkování upraveno podle snášenlivosti. U pacientů, kteří jsou současně léčeni středně silnými inhibitory CYP3A4 nemá maximální doporučená dávka avanafilu překročit 100 mg s odstupem nejméně 48 hodin mezi jednotlivými dávkami. Pokud se přípravek užije s jídlem, může být nástup účinku pozdější než při užití nalačno. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky přípravku. Užívání organických nitrátů nebo donorů oxidu dusnatého. U pacientů, kteří prodělali kardiiovaskulární onemocnění, by měli lékaři před rozhodnutím o předepsání přípravku zvážit potenciální riziko srdečních příhod spojené se sexuální aktivitou. Infarkt myokardu, cévní mozková příhoda nebo život ohrožující arytmie v posledních 6 měsících. Klidová hypotenze ($< 90/50$ mmHg) nebo hypertenze ($> 170/100$ mmHg). Nestabilní angina pectoris, angina pectoris při pohlavním styku, městnavé srdeční selhání (NYHA 2 a vyšší). Závažná hepatální (Child-Pughova třída C) nebo renální insuficience (clearance creatininu < 30 ml/min). Ztráta vidění jednoho oka v důsledku neareritické přední ischemické neuropatie optického nervu. Vrozené degenerativní poruchy sítnice. Užívání silných inhibitorů CYP3A4 (jako např. ketokonazol, claritromycin, ritonavir). Současné užívání inhibitorů 5-fosfodiesterázy (PDE5), včetně avanafilu, se stimulatory guanylátycyklázy, jako je riocigvát, je kontraindikováno, protože může případně vést k symptomatické hypotenzi. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Před rozhodnutím o farmakologické léčbě je nutno zjistit anamnézu a provést lékařské vyšetření ke stanovení diagnózy erektilní dysfunkce a určit potenciální příčiny. Kardiiovaskulární funkce – před zahájením jakékoli léčby erektilní dysfunkce by lékaři měli posoudit kardiiovaskulární funkci svých pacientů. Je třeba poučit pacienty, aby v případě priapismu okamžitě vyhledali lékařskou pomoc. Avanafil by měl být používán s opatrností u pacientů s anatomickou deformací penisu nebo u pacientů s onemocněním, které mohou vést k priapismu. Je nutné pacienta poučit, aby v případě náhlé poruchy zraku přestal přípravek Spedra užívat a neprodleně vyhledal lékaře. Údaje o bezpečnosti podávání avanafilu pacientům s poruchami krvácivosti nebo aktivním peptickým vředem nejsou k dispozici; proto by měl být avanafil těmto pacientům podáván pouze po důkladném posouzení poměru přínosu a rizik. Pacienty je třeba poučit, aby v případě náhlého zhoršení nebo ztráty sluchu přestali užívat inhibitory PDE5, včetně avanafilu, a vyhledali okamžitou lékařskou pomoc. Současné užívání alfa-blokátorů a avanafilu může vést u některých pacientů k symptomatické hypotenzi v důsledku aditivních vazodilatačních účinků. Bezpečnost a účinnost kombinací přípravku Spedra s jinými inhibitory PDE5 nebo jinou léčbou erektilní dysfunkce nebyla zkoumána; pacienti by měli být poučeni, aby přípravek Spedra v takových kombinacích neužívali. Pacienti by měli být

poučeni, že souběžně užít avanafilu a alkoholu může zvýšit pravděpodobnost hypotenze, závratí nebo synkopy. Avanafil nebyl hodnocen u pacientů s erektilní dysfunkcí vyvolanou poraněním páteřní míchy nebo jinými neurologickými poruchami a u pacientů se závažnou renální nebo hepatální insuficiencí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek Spedra má malý vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Vzhledem k tomu, že v rámci klinických studií s avanafilem byly hlášeny závratě a poruchy zraku, měli by pacienti znát své reakce na přípravek Spedra před tím, než budou řídit nebo obsluhovat stroje. **Interakce:** Užívání avanafilu s organickými nitráty nebo donorů oxidu dusnatého je kontraindikováno. V kombinaci s jiným přípravkem, který snižuje systémovou krevní tlak, může avanafil způsobit symptomatickou hypotenzi. Alfa-blokátory jiná antihypertenziva, alkohol, středně silné inhibitory CYP3A4 – maximální doporučená dávka avanafilu je 100 mg s odstupem nejméně 48 hodin mezi jednotlivými dávkami. Pacienti s obstrukcí odtoku krve z levé komory a pacienti se závažným narušením autonomní kontroly krevního tlaku mohou být zvláště citliví na působení vazodilatací včetně avanafilu. V průběhu 24 hodin před užitím avanafilu by pacienti neměli pít grapefruitový džus. Souběžné užívání avanafilu a induktorů CYP se nedoporučuje. Preklinické studie prokázaly aditivní účinek na snížení systémového krevního tlaku při kombinaci PDE5 inhibitorů s riocigvátem. V klinických studiích riocigvát zvyšoval hypotenzní účinky PDE5 inhibitorů. Ve studované populaci nebyly pozorovány žádné známky příznivého klinického účinku této kombinace. Současné užívání riocigvátu s PDE5 inhibitory, včetně avanafilu, je kontraindikováno. Podrobnosti a další interakce jsou uvedeny v plném znění SPC. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ($\geq 1/10$): žádné. Časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$): bolest hlavy, zrudnutí, kongesce nosní sliznice. Méně časté ($\geq 1/1000$ až $< 1/100$): závratě, ospalost, bolest vedlejších nosních dutin, rozmazané vidění, palpitace, návaly horka, kongesce vedlejších nosních dutin, dušnost při námaze, dyspepsie, nauzea, zvracení, nepříjemný pocit v žaludku, bolest zad, svalové napětí, únava, zvýšené hladiny jaterních enzymů, abnormální výsledky EKG, zvýšení srdeční frekvence. Vzácné ($\geq 1/10000$ až $< 1/1000$): chřipka, nazofaryngitida, sezónní alergie, dna, nespavost, předčasná ejakulace, nepřiměřený afekt, psychomotorická hyperaktivita, angina pectoris, tachykardie, hypertenze, rinorea, kongesce horních dýchacích cest, sucho v ústech, gastritida, bolest v podbřišku, průjem, vyrážka, bolest v tříslech, myalgie, svalové spazmy, polakizurie, poruchy penisu, spontánní erekce penisu, svědění genitálií, astenie, bolest na hrudi, onemocnění podobné chřipce, periferní edém, zvýšený krevní tlak, přítomnost krve v moči, srdeční selžest, zvýšená hladina prostatického specifického antigenu, zvýšení tělesné hmotnosti, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina kreatininu v krvi, zvýšená tělesná teplota. **Balení:** 2, 4, 8 tablet v hliníkovém blistru. **Držitel registrace:** Menarini International Operations Luxembourg S.A., Avenue de la Gare 1, 1611 Luxembourg, Lucembursko. **Registrační čísla:** Spedra 50 mg: EU/1/13/841/001-003; Spedra 100 mg: EU/1/13/841/004-007; Spedra 200 mg: EU/1/13/841/008-011. **Datum poslední revize:** 03/2016. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním si přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku.

V licenci společnosti Vivus Inc. a Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation.



Spedra®

avanafil

Inhibitor PDE-5 2. generace³

ÚČINNOST^{1,2}
SNÁŠELIVOST^{3,4}
NÁSTUP ÚČINKU⁵
DOBA PŮSOBENÍ^{2,6}

I CAN GET MY
SATISFACTION^{1,6}

Přípravek Spedra® je indikován pro léčbu erektilní dysfunkce u dospělých mužů. Aby byl přípravek Spedra® účinný, je nutná sexuální stimulace.²



Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv.

Reference:

1. Goldstein I et al. J Sex Med. 2012;9(4):1122–33. 2. Souhrn údajů o léčivém přípravku Spedra 50 mg, 100 mg, 200 mg, poslední revize textu: březen 2016. 3. Corona G et al. Expert Opin Drug Saf. 2016;15(2):237–47. 4. Wang H et al. Curr Med Res Opin. 2014;30(8):1565–71. 5. Hellstrom WJ et al. J Urol. 2015;194(2):485–92. 6. Limin M et al. Expert Opin Investig Drugs. 2010;19(10):1427–37. 7. Kedia GT et al. Ther Adv Urol. 2013;5(1):35–41. 8. Belkoff LH et al. Int J Clin Pract. 2013;67(4):333–41

Doporučená dávka je 100 mg a užívá se dle potřeby přibližně 15 až 30 minut před sexuální aktivitou.²

Materiál vytvořen: leden 2017. Zkrácenou informaci o přípravku naleznete na předcházející straně.

Určeno pouze odborníkům ve smyslu zákona 40/1995 Sb.

Berlin-Chemie/A. Menarini Ceska republika s. r. o., Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4 – Michle
tel.: 267 199 333, fax: 267 199 336, e-mail: office@berlin-chemie.cz



BERLIN-CHEMIE
MENARINI