

Suppl. B
2014

ISBN 978-80-7471-061-2

16. ročník ***Moravského urologického sympozia***

Pořadatel:

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

20.–21. 3. 2014

Karlova Studánka, Lázeňský dům Libuše



Abstrakta

Zkrácená informace:

Název přípravku: Mictonorm Uno® 30 mg. **Léková forma:** por. cps. rdr. **Léčivá látka:** Propiverini hydrochloridum. **Složení:** 1 tobolka s prodlouženým uvolňováním obsahuje 30 mg léčivé látky. **Indikace:** Symptomatická léčba močové inkontinence a/nebo zvýšené frekvence močení a imperativního nutkání k močení u pacientů s hyperaktivním močovým měchýřem. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí: standardní dávka je 1 tobolka jednou denně. Pro starší pacienty není stanoven speciální režim dávkování. Přípravek není vhodný pro děti. - Tento lék se užívá nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou či pomocnou látku. Obstrukce střeva, obstrukce močových cest s rizikem vzniku retence moči, myasthenia gravis, intestinální atonie, těžká colitis ulcerosa, toxické megacolon, nekontrolovaný glaukom s uzavřeným úhlem, střední nebo těžké poruchy jater, tachyarytmie. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté ($\geq 1/10$): sucho v ústech. Časté ($\geq 1/100$, $< 1/10$): poruchy vidění, poruchy akomodace, únava, bolest hlavy, bolest břicha, dyspepsie, obstipace. Méně časté ($\geq 1/1000$, $< 1/100$): nevolnost a zvracení, závratě, tremor, retence moči, červenání, poruchy chuti, snížený krevní tlak s malátností. Vzácné ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$): vyrážka. Velmi vzácné ($< 1/10000$): palpitace, neklid. Není známo: halucinace. Nežádoucí účinky jsou přechodné a reverzibilní; zmírňují se při snížení dávky a zcela odezní za 1–4 dny po vysazení přípravku. **Interakce:** Zesílení účinku při současném podávání tricyklických antidepresiv, trankvilizérů, anticholinergik, amantadinu, neuroleptik a beta-sympatomimetik. Oslabení účinku při současném podávání cholinergik. **Balení:** 28, 84 tobolek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Kyffhäuserstrasse 27, 01309 Dráždany, SRN. **RČ:** 73/948/10-C. **Datum poslední revize textu:** 2.5. 2012. Podrobné informace jsou obsaženy v Souhrnu údajů o přípravku a v příbalové informaci. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

... a brzy též 45 mg

Mictonorm Uno® 30 mg



**Jednoduše jednou denně –
přitom s dvojitým účinkem**

 **APOGEPHA**



Pořadatel

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

Prezidenti

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

Programový výbor

*doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.
prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.
MUDr. Milan Král, Ph.D.
MUDr. Jaroslav Pernička, Ph.D.
Mgr. Nataša Sochorová
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.*

Organizátor

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

Kontaktní osoba:

*Mgr. Simona Elblová
585 242 502, 777 557 413, elblova@solen.cz*

Programové zajištění:

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

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

Grafické zpracování a sazba: Milan Matoušek

Supplementum B časopisu Urologie pro praxi

Citační zkratka: Urolog. praxi 2014; 15(Suppl B)

MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM

Čtvrtek 20. 3. 2014 / *lékařská sekce*

14.00

Slavnostní zahájení

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

14.10–16.00

Doktorandský studijní program – garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- **Kvalita života a hodnocení erektilní dysfunkce po radikální prostatektomii** – MUDr. Marek Broul, FECSM, MUDr. Jan Schraml
- **Problematika diagnostiky renálního ložiska** – MUDr. David Ondra
- **Patofyziologie inkontinence moči po radikální prostatektomii** – MUDr. Eva Burešová, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- **Vývoj radionuklidových a ultrazvukových nálezů u pacientů po operaci kojenecké hydronefrózy – dlouhodobé výsledky** – MUDr. Jan Šarapatka, MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.
- **Močové markery u pacientů s karcinomem prostaty ve studii PACRAN 1500** – MUDr. Vladimír Študent

Ukončený doktorandský studijní program – garant doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

- **Lokalizace karcinomu prostaty v rámci jeho včasné diagnostiky** – MUDr. Martin Hrabec, Ph.D.
- **Výsledky pacientů po adrenalectomii pro primární hyperaldosteronismus** – MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

16.00–16.15

Jaké důvody vedly k založení PROSTAK o.p.s. (sdružení pacientů s onemocněním prostaty) – prof. MUDr. RNDr. Vilím Šimánek, DrSc., Ing. Jana Tajovská, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

16.15–16.45

Přestávka

16.45–17.45

OAB/LUTS – garanti doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

- **Úskalí léčby syndromu hyperaktivního močového měchýře u starší generace** – MUDr. Eva Burešová
- **IP Zkušenosti s kombinační léčbou LUTS** – MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.
- **LUTS lucidně neboli symptomy dolních močových cest – každodenní chléb urologa** – MUDr. Radovan Vrtal, Ph.D.
- **Nové možnosti léčby OAB** – MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Zkrácená informace o přípravku
Viagra 25, 50, 100 mg potahované tablety, Viagra 50 mg tablety rozpustné v ústech.

Léčiva látka: Jedna potahovaná tableta obsahuje 25, 50 nebo 100 mg sildenafilu ve formě sildenafilu citras. Jedna tableta rozpustná v ústech obsahuje 50 mg sildenafilu ve formě sildenafilu citras. **Indikace:** léčba erektilní dysfunkce u dospělých mužů. **Dávkování a způsob podání:** K perorálnímu podání dospělým nad 18 let. Potahované tablety - Obvyklá doporučená dávka je 50 mg, kterou je třeba užít podle potřeby přibližně jednu hodinu před sexuální aktivitou. Tablety rozpustné v ústech - Obvyklá doporučená dávka je 50 mg, kterou je třeba užít podle potřeby přibližně jednu hodinu před sexuální aktivitou na lačno, po vložení do úst se tableta nechá rozpádnout a poté se spolkně /bez zapití/. Je třeba ji užít bezprostředně po vyjmutí z blistru. U pacientů vyžadujících dávku 100 mg se druhá 50mg tableta rozpustná v ústech musí užít až po úplném rozpádnutí první tablety. **Obě léčivé formy** - Maximální doporučená dávka je 100 mg denně. U nemocných s renální insuficiencí, insuficiencí jater a u nemocných, kteří současně užívají přípravky inhibující CYP3A4, se doporučuje zahájit léčbu dávkou 25 mg. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. Současné užití s látkami schopnými uvolňovat oxid dusnatý nebo s nitráty v jakékoli formě. Použití u pacientů, pro které není sexuální aktivita vhodná (např. nestabilní angina pectoris, závažné srdeční selhání). Závažná jaterní porucha, hypotenze (TK<90/50mm Hg), cévní mozková příhoda nebo infarkt myokardu v nedávné anamnéze a také známé hereditární degenerativní postižení sítnice (retinitis pigmentosa). U pacientů, kteří ztratili zrak v důsledku nearterické přední ischemické neuropatie optického nervu (NAION). **Zvláštní upozornění:** Před zahájením léčby erektilní dysfunkce by měl lékař posoudit kardiovaskulární funkci pacienta. Sildenafil zvyšuje hypotenzivní účinek nitrátů. Současné užití sildenafilu s jinými formami léčby erektilní dysfunkce se nedoporučuje. Při podání sildenafilu pacientům užívajícím alfa-blokátory a u pacientů s anatomickou deformací penisu či s onemocněním, která je predisponují k priapismu, je třeba opatrnosti. V případě erekce, která přetrvává déle než 4 hodiny, by měl pacient vyhledat okamžitou lékařskou pomoc. Je nutné pacienta poučit, aby v případě jakéhokoli náhlé poruchy zraku přestal přípravek VIAGRA užívat a okamžitě vyhledal svého lékaře. Je třeba pečlivě uvážit podávání sildenafilu pacientům s poruchami srážlivosti krve nebo aktivní vědovou chorobou. Současné užívání sildenafilu s ritonavirem není doporučeno. Přípravek VIAGRA není indikován k použití u žen. Potahovaná tableta obsahuje laktózu. **Interakce:** Při současném podání s inhibitory CYP3A4 by měla být jako úvodní podána dávka 25 mg. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nemocní by měli znát svoji reakci na přípravek Viagra dříve, než budou řídit motorová vozidla nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky: bolesti hlavy a návaly, dyspepsie, poruchy vidění, změny barevného vidění, zdruření nosní sliznice, závratě. **Předávkování:** V případech předávkování je nutno podle potřeby zavést standardní podpůrná opatření, nelze předpokládat, že by dialýza zrychlila clearance. **Uchovávání:** Potahované tablety - Uchovávejte při teplotě do 30°C. Tablety rozpustné v ústech - Nevýžaduje zvláštní teplotní podmínky. **Obě léčivé formy** - Chraňte před vlhkostí (v původním vnitřním obalu). **Balení:** 2, 4, 8 nebo 12 tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Limited, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační čísla:** Potahované tablety - EU/1/98/077/002-004, EU/1/98/077/006-008, EU/1/98/077/010-019. Tablety rozpustné v ústech - EU/1/98/077/020-023. **Datum poslední revize textu:** 23.1.2014. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

Úplnou informaci pro předepisování obdržíte na adrese:

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

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



Pracujeme společně pro zdravější svět™

Pouze VIAGRA® je VIAGRA®

- ◆ Bylo prokázáno, že Viagra® poskytuje **optimální tvrdost erekce**^{1-3*}
- ◆ Léčba erektilní dysfunkce (ED) pomáhá obnovit **sebeúctu a sebedůvěru** pacienta⁴⁻⁸

VIAGRA®
(sildenafil)

Pro pevné partnerské vztahy

Reference: 1. Mulhall J et al. Erectile dysfunction: Monitoring response to treatment in clinical practice - Recommendations of an international study panel. J Sex Med 2007;4:448-464. 2. King et al. Correlations between increased erection hardness and improvements in emotional well-being and satisfaction outcomes in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction. Int J Impot Res 2007;19:398-406. 3. Mulhall J.P. et al. Erection hardness, a unifying factor for defining response in the treatment of erectile dysfunction. UROLOGY 68 (Suppl. 3A): 17-25, 2006. 4. Kadioglu et al. Quality of erections in men treated with flexible-dose sildenafil for erectile dysfunction: Multicenter trial with a double-blind, randomized, placebo-controlled phase and an open-label phase. J Sex Med 2008;5:726-734. 5. Althof et al. Sildenafil citrate improves self-esteem, confidence, and relationships in men with erectile dysfunction: Results from an international, multi-center, double-blind placebo-controlled trial. J Sex Med 2006;3:521-529. 6. Cappelleri et al. Comparison between sildenafil-treated subjects with erectile dysfunction and control subjects on the self-esteem and relationship questionnaire. J Sex Med 2006;3:274-282. 7. Montorsi et al. Erectile function and assessments of erection hardness correlate positively with measures of emotional well-being, sexual satisfaction, and treatment satisfaction in men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate (Viagra). Urology 2006;68:26-37. 8. Mencada et al. Emotional changes in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction: A double-blind, placebo-controlled clinical trial. J Sex Med 2009;8:3469-3477.

* U 76 % mužů, kteří užíli přípravek Viagra 100 mg, bylo dosaženo EHS (stupeň tvrdosti erekce) 4 z původního EHS 3.

VG0-2013.02.024

17.45–18.00 Přestávka**18.00–19.00** **Novinky v andrologii** – garanti doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

- **Erektivní dysfunkce a komorbidity. Optimální terapie** –
MUDr. Taťána Šrámková, CSc.
- **IP Priligy® – nová možnost léčby předčasné ejakulace** – MUDr. Aleš Horák,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Od 20.00 Společenský večer*Čtvrtek 20. 3. 2014 / **sesterská sekce*****15.30–16.45** garant Mgr. Nataša Sochorová

- **Je vždy rakovina prostaty nepřítel?** – Silvie Konečná, Hana Pavlicová
- **Změny v předoperační přípravě a pooperační péči u urologických pacientů na urologii FN Ostrava** – Bc. Iva Baumová
- **Laparoskopická radikální prostatektomie pohledem perioperační sestry** –
Helena Dušánková
- **Inkontinence po radikální prostatektomii** – Josefa Ďulíková,
Mgr. Nataša Sochorová

16.45–17.00 Přestávka**17.00–18.15** garant Mgr. Nataša Sochorová

- **Nové trendy v hygieně rukou** – Luděk Fojtík
- **Aplikace botulotoxinu** – Miroslava Šefčíková, Mgr. Nataša Sochorová
- **Radiofrekvenční ablace a její využití v urologii** – Danuše Štefanová
- **I muži mají své dny...** – Hana Urbanová, Barbora Špačková
- **Extraanatomické stenty, indikace, komplikace** – Eva Hübnerová, Hana Galasová,
Helena Hrdličková

Od 20.00 Společenský večer

Pátek 21. 3. 2014 / *lékařská sekce*

8.00–10.00

Pracovní snídani rezidentů, kazuistiky – garanti prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., MUDr. Milan Král, Ph.D.

- **Vlastní zkušenosti s terapií cystinové urolitiázy** – MUDr. Slavomír Klátil
- **Řešení kaudální litiázy u pacientky s ortotopickou náhradou močového měchýře** – MUDr. Jana Bocková, MUDr. Rostislav Kuldan, MUDr. Vladimír Košař
- **Fournierova gangréna** – MUDr. Petr Dolák
- **Gangréna Fournieri v kazuistikách** – MUDr. Leo Pšenčík
- **Benigní nádor horních močových cest – fibroepiteliální polyp** – MUDr. Leo Pšenčík
- **Oboustranný karcinom ledviny** – MUDr. Dmitrij Alešin, MUDr. Vítězslav Boleloucký, MUDr. Jana Jurásková, MUDr. Radomír Zachoval, Ph.D.
- **Asynchronní metastáza světlobuněčného renálního karcinomu sedm let po nefrektomii projevující se Hornerovým syndromem** – MUDr. Zdeněk Polák
- **Renální biopsie u dítěte a nečekaný výsledek: vzorky tlustého střeva** – MUDr. Peter Kuliaček, doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D., MUDr. Miroslav Podhola, Ph.D., MUDr. Ivo Novák, Ph.D.
- **Sekundární hypertenze: pozdní prezentace subkapsulárního hematomu ledviny** – MUDr. Jiří Špaček, MUDr. Ivo Novák, MUDr. Jan Tomášek, MUDr. Slavomír Vachata, doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.
- **Masivní uretroragie v důsledku perforace pseudoaneuryzmatu větve penilní arterie** – MUDr. Libor Luňáček, MUDr. Radek Sýkora, MUDr. Tomáš Jonszta, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.
- **Hematologické onemocnění imitující urologickou malignitu** – MUDr. Jan Tomášek, MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D., doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.
- **One step bilaterální nefrektomie u pacienta ve stadiu terminálního renálního selhání s polycystózou ledvin** – MUDr. Jan Pulcer, MUDr. Roman Staněk, MUDr. Tomáš Kokoř, MUDr. Jiří Hájek, Bc. Alžběta Rampírová, MUDr. Veronika Králová
- **Cystický nefrom jako raritní příčina obstrukce ledviny** – MUDr. Jan Novák
- **Leiomyosarkom ledviny** – MUDr. Eva Poláčková, MUDr. Karel Zita, MUDr. Ivana Jakabovičová
- **Leiomyosarkom retroperitonea s infiltrací stěny dolní duté žíly** – MUDr. Yaroslav Andriychuk
- **Leiomyom močového měchýře** – MUDr. Barbora Látalová, MUDr. Šárka Kudláčková, MUDr. Michal Grepl, Ph.D.
- **Intraperitoneální ruptura močového měchýře** – MUDr. Katarína Galliková, MUDr. Karel Zita, MUDr. Eva Poláčková

- **Ektopické vyústění močovodu do semenného váčku** –
MUDr. Jan Šarapatka, MUDr. Oldřich Šmakal, CSc., MUDr. Filip Čtvrtlík, Ph.D.
- **Expanze retroperitonea jako první projev tumoru varlete** –
MUDr. Slavomír Vachata, MUDr. Jan Tomášek, MUDr. Jiří Špaček,
MUDr. Miroslav Louda, Ph.D., doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.
- **Detorze varlete po patnácti hodinách** – MUDr. František Hruška,
MUDr. Eva Burešová
- **Lymfokéla jako komplikace retropubické radikální prostatektomie
s lymfadenektomií** – MUDr. Vladimír Študent
- **Cizí těleso v ledvinné pánvičce** – MUDr. Pavel Kratochvíl
- **Urgentní mikce u úřednice** – MUDr. David Hradil, MUDr. Eva Burešová
- **Oboustranný leiomyom nadvarlete** – MUDr. Michal Přikryl

10.00–10.15 Přestávka

10.15–11.15 **Novinky v léčbě karcinomu prostaty** – garanti doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

- **Úskalí skríníngu karcinomu prostaty** – prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.
- **Radikální prostatektomie u lokálně pokročilého karcinomu prostaty** –
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., MUDr. Josef Košina, MUDr. Michal Balík,
MUDr. Petr Hušek, MUDr. Lukáš Holub, MUDr. Jiří Špaček, MUDr. Slavomír Vachata,
MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.
- **Roboticky asistovaná radikální prostatektomie** –
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.,
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., MUDr. Michal Grepl, Ph.D., MUDr. Vladimír Študent, jr.
- **Novinky v hormonální léčbě karcinomu prostaty** –
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- **Aktuální pohled na cílenou léčbu kostní nádorové choroby** –
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

11.15–12.00 **Novinky v léčbě karcinomu močového měchýře** – garanti doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

- **Implikace EAU guidelines pro karcinom močového měchýře pro klinickou
praxi v ČR** – MUDr. Milan Král, Ph.D.
- **Derivační operace u pokročilého karcinomu močového měchýře** –
MUDr. Michal Grepl, Ph.D.

12.00–12.15 Přestávka

NOVINKA V EU
registrováno v listopadu 2013

 **Xofigo[®]**
radium Ra 223 dichloride
SOLUTION FOR INJECTION

Novinka v léčbě dospělých mužů s kastročně rezistentním karcinomem prostaty, symptomatickými metastázami v kostech a bez známých viscerálních metastáz.

Zkrácená informace o přípravku je uvedena na straně 10.



Science For A
Better Life

L.CZ.SM.01.2014.0157

Zkrácený souhrn údajů o přípravku Xofigo®

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. **Obchodní název léčivého přípravku:** Xofigo 1000 kBq/ml injekční roztok. **Mezinárodní nechráněný název účinné látky:** Radium-223 dichloridum. **Schválené indikace pro použití:** Přípravek Xofigo je indikován k léčbě dospělých mužů s kastročně rezistentním karcinomem prostaty, symptomatickými metastázami v kostech a bez známých viscerálních metastáz. **Kontraindikace:** Pro podání přípravku Xofigo neexistují žádné známé kontraindikace. **Klinicky významná varování a upozornění pro použití:** *Suprese kostní dřeně:* U pacientů léčených přípravkem Xofigo byla hlášena suprese kostní dřeně, proto musí být na počátku léčby a před každou dávkou přípravku Xofigo provedeno hematologické vyšetření pacientů. Před prvním podáním přípravku by měl být absolutní počet neutrofilů (ANC) $\geq 1,5 \times 10^9/l$, počet trombocytů $\geq 100 \times 10^9/l$ a hemoglobin $\geq 10,0$ g/dl. Před následným podáním by měl být ANC $\geq 1,0 \times 10^9/l$ a trombocyty $\geq 50 \times 10^9/l$. Pokud nedojde k obnovení těchto hodnot během 6 týdnů po posledním podání přípravku Xofigo i přes podávanou standardní péči, měla by další léčba přípravkem Xofigo pokračovat pouze po pečlivém vyhodnocení poměru přínos/riziko. Pacienti s prokázaným ohrožením rezervy kostní dřeně, např. po předchozí cytotoxické chemoterapii a/nebo ozařování (EBRT) nebo pacienti s karcinomem prostaty s pokročilou difúzní infiltrací kostí (EOD4; „superscan“), by měli být léčeni s opatrností. Účinnost a bezpečnost cytotoxické chemoterapie podané po léčbě přípravkem Xofigo nebyly stanoveny. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida:* Bezpečnost a účinnost přípravku Xofigo u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou nebyly hodnoceny. Vzhledem k tomu, že se přípravek Xofigo vylučuje stolicí, může radiace způsobit zhoršení akutního zánětlivého střevního onemocnění. Pacientům s akutním onemocněním střev by měl být přípravek Xofigo podán pouze po pečlivém vyhodnocení poměru přínos/riziko. *Komprese míchy:* U pacientů s neléčenou hrozcí nebo přítomnou kompresí míchy by měla být léčba pomocí standardní péče, jak je klinicky indikována, dokončena před zahájením nebo znovuzahájením léčby přípravkem Xofigo. *Fraktury kostí:* U pacientů s frakturami kostí by měla být před zahájením nebo znovuzahájením léčby přípravkem Xofigo provedena ortopedická stabilizace fraktur. *Osteonekróza čelisti:* U pacientů léčených bisfosfonáty a přípravkem Xofigo nelze vyloučit zvýšené riziko vzniku osteonekrózy čelisti. *Sekundární maligní nádory:* Přípravek Xofigo přispívá k celkové dlouhodobé kumulativní radiační expozici u pacienta, která může být spojena se zvýšeným rizikem rakoviny a vrozených defektů. Zejména může být zvýšené riziko osteosarkomu, myelodysplastického syndromu a leukémie. V klinických studiích při sledování po dobu až tří let nebyly hlášeny žádné případy rakoviny vyvolané přípravkem Xofigo. *Pomocné látky se známým účinkem:* V závislosti na podaném objemu může tento léčivý přípravek obsahovat až 2,35 mmol (54 mg) sodíku v jedné dávce. Nutno vzít v úvahu u pacientů na dietě s nízkým obsahem sodíku. **Klinicky významné nežádoucí příhody a interakce:** Nejčastěji pozorované nežádoucí účinky ($\geq 10\%$) u pacientů léčených přípravkem Xofigo byly průjem, nevolnost, zvracení a trombocytopenie. Nejzávažnější nežádoucí účinky byly trombocytopenie a neutropenie. Protože nemůže být vyloučena interakce s vápníkem a fosfáty, podávání přípravků s těmito látkami a/nebo vitamínem D by mělo být několik dnů před zahájením léčby přípravkem Xofigo přerušeno. Souběžná chemoterapie s přípravkem Xofigo může mít aditivní účinky na supresi kostní dřeně. Úplnou informaci o bezpečnosti přípravku naleznete v SPC přípravku. **Dostupné lékové formy:** Injekční roztok. Jedna injekční lahvička obsahuje 6 ml roztoku (6,0 MBq radia-223 dichloridu k referenčnímu datu). **Dávkování a způsob podání:** Přípravek Xofigo je podáván v dávce o aktivitě 50 kBq na kilogram tělesné hmotnosti ve 4 týdenních intervalech. Je podáváno 6 injekcí přípravku Xofigo. Přípravek Xofigo je určen pro intravenózní podání. Musí být podán pomalou injekcí (obvykle do 1 minuty). Intravenózní sonda nebo kanyla musí být před a po aplikaci injekce přípravku Xofigo propláchnuta isotonickým roztokem chloridu sodného 9 mg/ml (0,9 %) určeným pro injekční podání. **Klinicky významná možnost vzniku závislosti na léku:** Nemá být. **Není známo, že by přípravek Xofigo vyvolával závislost na léku.** **Odkaz na speciální skupiny pacientů:** Přípravek Xofigo není indikován u žen. Přípravek Xofigo nemá být používán u žen, které jsou nebo mohou být těhotné nebo u kojících žen. **Zvláštní opatření pro likvidaci přípravku a pro zacházení s ním:** Manipulace s přípravkem Xofigo by měla být prováděna tak, aby odpovídala jak požadavkům na radiační bezpečnost, tak požadavkům na farmaceutickou kvalitu. Příjem, uchovávání, používání, manipulace a likvidace radiofarmak podléhají předpisům a/nebo příslušným povolením kompetentního úředního orgánu a měla být přijímána, používána a podávána pouze oprávněnými osobami v určených klinických podmínkách. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Bayer Pharma AG, D-13342 Berlín, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/13/873/001. **Podmínky uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávání. Uchovávání přípravku Xofigo by mělo být v souladu s národními předpisy pro radioaktivní látky. **Poslední revize SPC:** listopad 2013 **Další informace získáte na adrese:** Bayer, s. r. o., Siemensova 2717/4, 155 00 Praha 5, tel.: 266 101 111, fax: 266 101 957, www.bayer.cz. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si pečlivě přečtěte úplnou informaci o přípravku.



12.15–13.15 **Klinická praxe a její doporučení** – garanti doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

- **Penilní blokáda pro praxi** – MUDr. Jiří Špaňhel
- **Co je nového v diagnostice a léčbě akutního skrota u dětí** –
MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.
- **Překvapivá pooperační komplikace u pacienta po nefrektomii** –
MUDr. David Ondra
- **Komplikace výměny katétru u polymorbidního pacienta** – MUDr. David Ondra
- **Jak dál při trvajícím podezření na karcinom prostaty a negativních biopsiích?** –
MUDr. Šárka Kudláčková

13.15 **Vyhlášení vítězů soutěžního bloku kazuistik, závěr**

*Pátek 21. 3. 2014 / **sesterská sekce***

9.00–10.30 **Workshop**

- **Praktický nácvik KPCR** – MUDr. Jiří Špaňhel

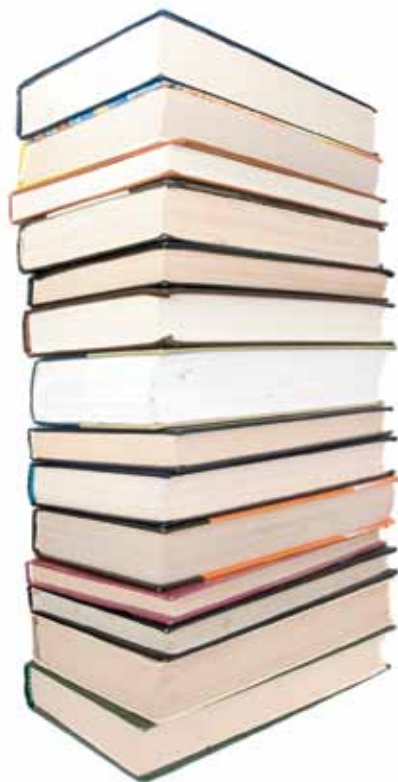
IP – interaktivní přednáška

PROSTAK

Sdružení pacientů
s onemocněním prostaty

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

edice **MEDUCA**



Nevíte,
komu
svěřit
k vydání
svou
knihu?

— ZAJISTÍME VÁM: —

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

Doktorandský studijní program

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

ČTVRTEK / 20. 3. 2014 / 14.10–16.00

Kvalita života a hodnocení erektilní dysfunkce po radikální prostatektomii

MUDr. Marek Broul, FECSM,

MUDr. Jan Schraml

Klinika urologie a robotické chirurgie UJEP,
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem,
Krajská zdravotní a.s.

Cíl: Vyhodnotit dotazníky IIEF 5 vyplněné pacienty CRCH KZ a.s. v letech 2008–2013 před biopsií prostaty, před roboticky asistovanou radikální prostatektomií (RAP) a po RAP v několika časových odstupech.

Metoda: Dotazníkovou metodou (International Index of Erectile Function – IIEF 5) jsme získali data od pacientů, kteří byli pro podezření na karcinom prostaty indikováni k biopsii prostaty. První vyplnění dotazníku IIEF jsme požadovali od pacientů v den indikace biopsie prostaty. Dále tito pacienti vyplňovali dotazník před biopsií prostaty a poté v den přijetí do nemocnice před RAP. Následně pacienty po RAP i nadále sledujeme a pacienti vyplňují dotazník po 3, 6, 9 a 12 měsících.

Výsledky: Na našem oddělení jsme v letech 2008 až 2013 provedli celkem 3 469 biopsií prostat. 1 054 z nich bylo pozitivních (30,38%). Od 22. 8. 2008 (1. RAP na našem pracovišti) do 31. 12. 2013 jsme provedli celkem 1 061 roboticky asistovaných radikálních prostatektomií.

Vzhledem k věkové různorodosti našeho souboru (nejmladší 43 let a nejstarší 85 let) a výskytu erektilní dysfunkce u starších mužů i v jinak zdravé populaci jsme v naší práci hodnotili pacienty mladší 65 let.

Závěr: Na našem pracovišti se snažíme dlouhodobě sledovat kvalitu života po RAP. Jednou z hodnocených komplikací RAP je i erektilní dysfunkce.

Problematika diagnostiky renálního ložiska

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení, Uherskohradištská
nemocnice a.s.

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

Práce uvádí přehled vyšetřovacích metod používaných k diagnostikování renálního ložiska, shrnuje současnou praxi dle doporučení EAU a AAU, aktuální stav poznání pomocí závěrů posledních metaanalýz a pokouší se zpřesnit diagnostiku renálních lézí a odlišit ložisko intersticiální nefritidy a benigní komplikované cysty od maligního tumoru ledvin, tumoru parenchy-

mu ledviny od tumoru dutého systému ledviny, intraparenchymatózně uložených kalcifikací od litiázy dutého systému a analyzuje specifickosti a senzitivitu flexibilního nefroskopického vyšetření v korelaci k CT nálezům k rozlišení tumoru parenchymu ledviny od tumoru dutého systému ledviny, intraparenchymatózně uložených kalcifikací od litiázy dutého systému. Retrospektivně hodnotí soubor pacientů vyšetřených na našem pracovišti s CT nálezem renálního ložiska za posledních 7 let s důrazem na malá ložiska nejasné etiologie.

Patofyziologie inkontinence moči po radikální prostatektomii

MUDr. Eva Burešová,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Karcinom prostaty patří mezi nejčastější urologickou malignitu u mužů. U lokalizovaného onemocnění mají pacienti až v 95 % šanci na dlouhodobě dobré onkologické výsledky. I přes zlepšující se operační techniku může mít radikální prostatektomie trvalé následky. PPI (postprostatektomická inkontinence) moči významně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Nové poznatky v patofyziologii jejího vzniku mohou přispět k nižšímu výskytu tohoto následku léčby karcinomu prostaty.

U většiny pacientů je inkontinence spojena se zhoršenou funkcí sfinkteru, ale i dysfunkcí měchýře. V urodynamických studiích byla prostá stresová inkontinence popisována jen u 10 % pacientů trpících PPI. Na dysfunkci uzavíracího mechanismu se mohou podílet pooperační změny sfinkteru v oblasti hrdla močového měchýře.

U hrdlošetřících výkonů je menší riziko vzniku striktur anastomózy a vyšší dosažení kontinence po operaci. Při nadměrném jizvení hrdla mohou fibrotické změny přecházet až na sfinkter a tím narušit jeho správný uzavírací mechanismus.

Významným faktorem ke zlepšení kontinence je délka zachované membranózní uretry. Nejčastější příčinou vzniku PPI je inkompetence externího sfinkteru, dříve označovaného jako rabdosfinkter, který obsahuje hladká, pomalu se kontrahující vlákna m. sphincter urethrae glaber, odpovídající za klidovou kontinenci, a vlákna příčně pruhovaná, rychle se kontrahující, m. sphincter transversatorius, který zajišťuje stresovou kontinenci svojí schopností reagovat na náhlé zvýšení intraabdominálního tlaku. Vertikální průběh těchto svalových vláken umožňuje směřování aktivity svěrače nahoru a laterálně za kost stydkou. Další důležitou součástí je puboprostatické ligamentum, které není jen pouhým vazivovým pruhem fixující prostatu k symfýze, ale součástí komplexního podpůrného systému složeného z ligamentum suspensorius penis, arcuatum a transversallis. Tato muskulofasciální struktura je spojena se suprapubickou fascií a fascií levatoru. Celý tento komplex stabilizuje funkci rabdosfinkteru.

Neméně důležitým faktorem je neporušená inervace. Oblast externího sfinkteru je ovládána autonomními větvemi plexus pelvis, které probíhají s nervově cévním svazkem, a dále větvemi n. pudendus. Rizikovým pooperačním faktorem vzniku PPI je poranění těchto struktur při radikální prostatektomii. Při resekci v oblasti apexu může při preparaci nervově cévního svazku dojít o oslabení rabdosfinkteru a tím klidové kontinence. Zachování větvi n. pudendus ovlivňující

příčně pruhovaná vlákna může zůstat nezměněno, takže pacient je schopen volně přerušit proud moči při mikci.

K rizikovým faktorům oslabujícím funkce sfinkteru patří prolaps uretry pánevním dnem se zhoršením transmise intraabdominálního tlaku na její membranózní část.

Patofyziologie vzniku postprostatektomické inkontinence je tedy komplexní děj a přesný dopad jednotlivých rizikových faktorů na stav sfinkteru je stále kontroverzní.

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

MUDr. Jan Šarapatka,

MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Asymptomatická dilatace kalichopánvičkového systému (KPS) je odhalena při ultrazvukovém (UZ) screeningu v 0,6–4,5 %. Během postnatálního sledování se asi v 50 % dilatace KPS spontánně upraví, u zbývajících pacientů je nutno vyloučit závažnou obstrukci, která by mohla ohrozit vývoj a funkci ledviny. Nejčastější příčinou dilatace KPS je porucha odtoku moči v pelviureterální junctci (PUJ). Stále se hledá optimální vyšetřovací postup, který by co nejméně zatížil dítě a včas odhalil rizikový stupeň dilatace s nutností operace. Jednou z možností hodnocení závažnosti obstrukce PUJ je i posouzení dlouhodobého vývoje UZ a radionuklidových ukazatelů obstrukce u ledviny po resekční pyeloplastice.

Náš soubor čítá 118 dětí operovaných do 24 měsíců věku pro závažnou obstrukci PUJ. Sledování probíhá v rozmezí tří let po výkonu. U 35 dětí (29,6 %) byla předoperačně hypofunkce ledviny (funkce < 43 %). Předoperačně byl u těchto dětí medián šíře parenchymu 3,5 mm, po operaci došlo postupně k jeho nárůstu během tří let až na 10 mm. Tento nárůst je statisticky významný na hladině $p < 0,05$. Medián funkce ledviny dle scintigrafie byl předoperačně 39,0 %, po operaci během tří let došlo předběžně k nárůstu až na median 46 %. Data ze scintigrafie ještě musí být doplněna (u dětí předaných do spádových zařízení) a teprve poté bude možné jejich úplné statistické vyhodnocení během naší sledovaného období.

Z předoperačních dat byla publikována práce zabývající se nutností podávání ATB profylaxe u kojenců se závažnou hydronefrózou před operací. Z vyhodnocených výsledků výskytu akutní pyelonefritidy (APN) v našem souboru jsme došli k závěru, že ATB profylaxi není nutno paušálně podávat. Individuálně lze zvážit její podání u chlapců do tří měsíců věku, u kterých se APN nejčastěji vyskytla.

Močové markery u pacientů s karcinomem prostaty ve studii PACRAN 1500

MUDr. Vladimír Študent

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

PSA je stále nejdůležitější nádorový biomarker používaný k detekci a sledování pacientů s karcinomem prostaty (KP). Jeho zavedení do klinické praxe znamenalo revoluci v diagnostice a léčbě KP. Jeho nízká specifita pro KP však vede ke zbytečným biopsiím (až 70 %) a také k dia-

gnostice tzv. indolentních nádorů. Ačkoliv je levné, rychlé, snadno reprodukovatelné a může vést ke snížení celkového úmrtí na rakovinu prostaty, je všeobecné používání PSA zatíženo zejména odhalením nádorů, které pacienta nezahubí. Tato skutečnost, označována jako overdiagnosis, vede často ke „zbytečné léčbě“ (overtreatment). Nové biomarkery k diagnostice a stagingu KP jsou proto nutností.

Močové markery jsou zajímavé zejména pro možnost snadného a neinvazivního odběru, což můžeme použít jak pro masový screening při první diagnóze, tak k získání prognostických informací. Již bylo identifikováno velké množství DNA, RNA, či proteinových markerů.

Probíhá mnoho studií hodnotících efekt těchto nových molekul či jejich kombinací v klinické praxi.

V naší práci, která hodnotí efekt Vaccinium Macrocarpon na tkáň hormonálně naivního KP, jsme vyšetřovali kromě sérového PSA i některé močové markery: PCA3 (prostate cancer antigen 3), AMACR (alpha-metylacyl-CoA racemase), MSBM (beta-microseminoprotein), TRPM8 (Transient receptor potential cation channel subfamily M member 8), EZH2 (Histone-lysine N-methyltransferase). Touto prací pokračujeme v testování nových močových markerů na našem pracovišti, kde se již kombinace některých markerů rutinně používá v klinické praxi.

Ukončený doktorandský studijní program

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

Lokalizace karcinomu prostaty v rámci jeho včasné diagnostiky

MUDr. Martin Hrabec, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Cílem naší práce bylo posoudit přesnou lokalizaci karcinomu prostaty u pacientů, kteří podstoupili radikální prostatektomii.

Materiál a metody: V období od května 2008 do června 2011 bylo 33 preparátů (23 po radikální retropubické prostatektomii (RRP) a 10 po roboticky asistované radikální prostatektomii (RARP)) vyšetřeno metodou histotopogramů (whole mount sections). Lokalizace nádoru v nich byla následně posouzena ve vztahu

k McNealovu schématu zonální anatomie prostaty. Ke statistickému vyhodnocení byla použita metoda chí-kvadrát.

Výsledky: Ve všech případech byl nádor lokalizován v periferní zóně prostaty (PZ). U 30 % preparátů byl však lokalizován zároveň v tranzicionální zóně (TZ), ani v jednom případě se však nejednalo o dominantní nádorové ložisko. U pěti pacientů (15 %) bylo v TZ přítomno samostatné nádorové ložisko, to však prognózu pacienta neovlivňovalo vzhledem k přítomnosti dominantního tumoru v PZ. V 15 % případů do TZ infiltrovalo velkoobjemové nádorové ložisko z PZ. Ani u jednoho pacienta nebyl přítomen tumor pouze v TZ. V případě, že je tumor

v preparátu lokalizován v TZ, jedná se v 60 % o lokálně pokročilý karcinom. Pokud je omezen jen na PZ, tumor je lokálně pokročilý jen v 13 % případů (statisticky signifikantní rozdíl, $p = 0,005$). U tumorů lokalizovaných v TZ byla zaznamenána ve vyšší míře biochemická recidiva po radikální prostatektomii (u 50 % pacientů), u tumorů mimo TZ jen v 30 % případů. Tento rozdíl však není statisticky významný ($p > 0,05$).

Závěr: V počátečním stadiu je karcinom prostaty lokalizován vždy v PZ. Je-li lokalizován v TZ, bývá to vždy se současně přítomným tumorem v PZ nebo to znamená jeho centrální propagaci. Do PZ je tedy nutno nejprve zaměřit vpichy při biopsii prostaty, podle našeho názoru však i při rebiopsii. Biopsie TZ má své místo v rámci saturační biopsie až při přetrvávajícím podezření na karcinom i přes několik negativních biopsií.

Výsledky pacientů po adrenalectomii pro primární hyperaldosteronismus

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

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

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

Výsledky: V letech 2000–2011 byla na Urologické klinice FN Olomouc provedena adrenalectomie pro hyperaldosteronismus u 62 pacientů. Jednalo se o 36 (58 %) žen a 26 (42 %)

mužů. Průměrný věk operovaných byl 58 let (34–79 let). Pacienti byli před stanovením diagnózy hyperaldosteronizmu sledováni a léčeni pro hypertenzi v průměru 150 (12–600) měsíců. Před indikací adrenalectomie užívali v průměru 3,2 (0–7) druhů antihypertenziv. Jejich průměrné BMI bylo 30,52 (20–42). Průměrný podíl aldosteron (ALD)/plazmatická reninová aktivita (PRA) 272,24 (24,9–1484). U 54/62 (87 %) byla prokázána hypokalémie. U 58/62 (94 %) bylo předoperačně provedeno CT vyšetření, u 4/62 (6 %) MRI. V 37/62 (60 %) byl popsán obraz unilaterálního adenomu, u 11/62 (18 %) unilaterální hyperplazie, u 5/62 (8 %) bilaterální adenom, u 3/62 (5 %) bilaterální hyperplazie, u 6/62 byl nález negativní. Selektivní katetrizace suprarenálních žil (AVS) byla provedena u 36/62 (58 %) pacientů. Průměrný stranový poměr sekrece ALD/PRA byl 7,613 (1,44–41). Adrenalectomie laparoskopicky byla provedena v 59/62 (95 %) případech, ani v jednom případě nebylo nutné přistoupit ke konverzi. Otevřená adrenalectomie byla provedena ve 3/62 (5 %) případech. Nejčastěji byla v histologickém nálezu zastoupena hyperplazie 31/62 (50 %), adenom byl prokázán v 26/62 (42 %), 1/62 (2 %) adenom na pozadí mikronodulární hyperplazie, 2/62 (4 %) myelolipom, 1/62 (2 %) feochromocytom, 1/62 (1 %) karcinom. Ze studie byli vyřazeni pacienti s prokázaným karcinomem nadledviny, feochromocytomem a myelolipomem. Devět pacientů uniklo pooperačnímu sledování. Kompletní výsledky sledování po dobu jednoho roku pooperačně tak byly získány od 51 pacientů.

Za 12 měsíců 17/52 (33 %) pacientů antihypertenziva kompletně vysadilo, 25/52 (49 %) pacientů antihypertenziva redukovalo, u 9/52

(18%) pacientů nebyl zaznamenán klinický efekt. Jestliže předoperačně medikovali pacienti v průměru 3,16 typů farmak, 12 měsíců po operaci 1,54. Pacienti, kteří byli indikováni na základě AVS, měli lepší efekt léčby hypertenze. Po 12 měsících po operaci dosáhlo normotenze bez farmakoterapie 11/32 (34%), farmakoterapie byla redukována u 17/32 (53%). Celkem byl tedy v této skupině krevní tlak pozitivně ovlivněn u 28/32 (88%) pacientů.

Ve skupině pacientů, kteří AVS neprodělali, dosáhlo normotenze bez farmakoterapie 6/19 (32%), farmakoterapie byla redukována u 8/19 (42%). Celkově byl v této skupině krevní tlak pozitivně ovlivněn u 14/19 (74%) pacientů.

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

Jaké důvody vedly k založení PROSTAK o.p.s. (sdružení pacientů s onemocněním prostaty)

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

Ing. Jana Tajovská, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

ČTVRTEK / 20. 3. 2014 / 16.00–16.15

Jaké důvody vedly k založení PROSTAK o.p.s. (sdružení pacientů s onemocněním prostaty)

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

Ing. Jana Tajovská,

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Rakovina prostaty (RP) byla v roce 2012 druhým nejčastějším onkologickým onemocněním v Evropě. Rizikovými faktory RP jsou: biologický věk, rodinná historie, chronická prostatitida, endokrinní disruptory v potravinách a životním prostředí, složení denní diety a životní styl. Benigní hyperplazie prostaty je často prerekvizitou tohoto onemocnění. Evropská koalice proti karcinomu prostaty (založená v roce 2004) organizuje Evropský den karcinomu

prostaty. V ČR její česká větev (založená v roce 2008) informuje muže o RP a její léčbě (www.europauomo.cz). Novým českým webovým průvodcem je Online klinika pro onkologii prostaty (www.rakovinaprostaty.org). Diagnostikovaný pacient má možnost získat informace od urologů/onkologů. Přesto si klade řadu otázek, které souvisí s prevencí před nemocemi prostaty, po prostatektomii, jak prodloužit dobu přežití než nastane biochemická recidiva onemocnění. Na tyto otázky ne vždy nalézá správnou odpověď. V České republice dosud nebylo sdružení pacientů s onemocněním prostaty. Cílem PROSTAKu (www.prostak.cz) je být těmto mužům a jejich blízkým zdrojem relevantních informací o ochraně zdraví prostaty či prodloužení doby remise po jejím radikálním odstranění.

OAB/LUTS

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

doc. MUDr. Miloš Broďák, Ph.D.

ČTVRTEK / 20. 3. 2014 / 16.45–17.45

Úskalí léčby syndromu hyperaktivního měchýře u starší generace

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Syndrom hyperaktivního měchýře je charakterizován kombinací příznaků, mezi které patří urgencye s anebo bez urgentní inkontinence, frekvencí a nykturií. Výskyt tohoto syndromu vzrůstá s věkem. Dle EPIC studie je prevalence tohoto syndromu u osob starších 60 let 20%. Základem léčby je konzervativní postup zahrnující režimová opatření, trénink močového měchýře a farmakoterapii. Léky první volby jsou anticholinergika.

Mikční reflex je relativně složitý děj. Kontrakce detruzoru je během mikce zprostředkována parasympatikem, a to navázáním neurotransmiteru acetylcholinu na muskarinové receptory ve svalovině detruzoru. Zatím je známo 5 subtypů těchto receptorů (M1-5), které se vyskytují na mnoha místech lidského těla. V detruzoru byly nalezeny subtypy M2 a M3. Anticholinergika jsou antagonisté muskarinových receptorů, způsobují inhibici detruzoru, tlumí vnímání náplně močového měchýře a zlepšují jímací příznaky (urgency, frekvence, nykturii) a zvyšují kapacitu močového měchýře, ale nemají vliv na kontrakci stěny močového

měchýře při normální mikci. Jejich lepší účinnost byla ověřena v mnoha klinických studiích. Mezi nevýhody patří výskyt vedlejších nežádoucích účinků (obstipace, sucho v ústech, poruchy akomodace), které jsou způsobeny účinkem na muskarinované receptory mimo urogenitální trakt, zejména u neselektivních anticholinergik I. generace. Proto byla snaha o vytvoření preparátů s menším výskytem muskarinových vedlejších účinků se zachováním anebo zvýšením klinické účinnosti léku. Jedná se o tzv. měchýř selektivních anticholinergik II. generace, která inhibují jen M2 a M3 receptory.

Anticholinergika mohou mít působením přes M1 receptory vliv na centrální nervový systém, kdy působí závratě, somnolenci, nespavost či poruchy paměti. Výskyt těchto vedlejších účinků závisí na dostupnosti preparátů hematoencefalickou bariérou, liposolibilitě, selektivitě k muskarinovým receptorům a typu aminu v molekule.

Terapie anticholinergiky je účinná a pacienti většinou dobře tolerovaná i přes relativně častý výskyt nežádoucích účinků. Zejména u starší generace je nutno brát v úvahu komordity a chronickou medikaci užívanou pacienty. Lékové interakce mohou změnit metabolismus léků. Mezi další rizikové faktory patří renální či jaterní insuficience, které mohou také ovlivnit farmakokinetiku a farmakodynamiku léků a při-

spívat k vyššímu riziku výskytu nežádoucích účinků, zejména kognitivních funkcí, kterou mohou být alterovány ještě před zahájením terapie.

Zkušenosti s kombinační léčbou LUTS

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Farmakologická léčba zaujímá významné místo při řešení benigní hyperplazie prostaty (BHP) a v posledních letech vytlačuje léčbu chirurgickou. Za nejmodernější je v současnosti považována kombinační farmakologická léčba. Nejužívanější je kombinace α -blokátoru (antagonista α -adrenoreceptorů) a inhibitoru 5- α -reduktázy (5ARI), u které bylo studii prokázáno zmírnění subjektivních potíží a snížení rizika akutní retence a nutnosti operační léčby spojené s BPH v porovnání s monoterapií či placebem. Proto je tento typ kombinační léčby doporučen EAU pro léčbu středně závažných a závažných symptomů BHP a u mužů s rizikem progresu onemocnění (objem prostaty ≥ 40 ml, PSA $\geq 1,5$ ng/ml, vyšší věk atd.). Předpokládaná doba terapie by měla přesáhnout 12 měsíců. U kombinační léčby lze očekávat nárůst nežádoucích účinků léčby, což může vést i k neopodstatněným obavám z nasazení této terapie. V České republice je iniciálně zvolena kombinační léčba jen u každého 5. indikovaného pacienta dle guidelines EAU. V přednášce je podán přehled o nežádoucích účincích kombinační terapie dle dat z publikovaných studií (CombAT) a jejich porovnání s vlastními zkušenostmi na Urologické klinice LF UP a FN Olomouc.

LUTS lucidně neboli symptomy dolních močových cest – každodenní chléb urologa

MUDr. Radovan Vrtal, Ph.D.

Urologická ambulance Šternberk

Poprvé byl termín „LUTS“ užit v roce 1994. Obecně byly dlouhou dobu symptomy dolních močových cest u mužů spojovány s obtížemi způsobenými prostatou. Teprve mnohem později se stratifikovaly termíny BPH (histologická klasifikace), BPE (morfologická klasifikace) a BPO resp. BOO (obstrukce způsobená prostatou či jinou patologií na hrdle či v uretře). Až v roce 2002 byly definovány kategorizační subkomisí v rámci ICS symptomy skladovací, mikční a postmikční. V roce 2006 byly vydány a schváleny první tzv. mužské LUTS (M-LUTS) guidelines, které již jasně definovaly spektrum a incidenci symptomů dolních močových cest u mužů. Incidence M-LUTS se zvyšuje s narůstajícím věkem mužů a je tedy potřeba nahlížet na problém s určitou dynamikou progresu a s pravděpodobností, že se budou symptomy vyvíjet a měnit. Ze sociologických průzkumů a rozsáhlých celoevropských a amerických studií je již nyní jasné, že obecně s narůstajícím věkem muže přibývá i většina LUTS. Urologický přístup k muži po 50 letech věku musí být tedy komplexní. Pacient by měl být vždy zhodnocen z pohledu narůstajících rizik Ca prostaty, sexuálních dysfunkcí včetně ED, hypogonadizmu a celé škály M-LUTS.

V současnosti více jak 45 % mužů se subviziální obstrukcí navozenou BPH trpí zároveň konkomitantními OAB symptomy, přičemž 67 % mužů starších 40 let trpí jak skladovacími, mikčními či postmikčními symptomy (1). LUTS u mužů

jsou multifaktoriální etiologie (prostata, neurogenně podmíněné, non-neurogenní dysfunkce močového měchýře či jiné patologie m. m. nebo distálních močových cest). Prevalující LUTS u mužů je nykturie (20,9%), pak terminální dribbling se 14,2 % a pocit inkompletní mikce u 13,5 % mužů. Urgence je přítomna u 10,8 % mužů (2). Nykturie a urgencye jsou přitom dva nejvíce obtěžující symptomy dolních cest močových. Podstatné je, že převážná většina mužů s OAB symptomy (77 %) zůstává neléčena (3). Převládá nadále mylné povědomí urologů a PRL, že mužské LUTS jsou obecně způsobeny prostatou. A tak i u mužů s prevalujícími iritačními resp. skladovacími symptomy je nejčastěji preskribovaným lékem alfablokátor. Jen 10 % mužů s OAB symptomy dostane odpovídající léčbu. Důvodem je jednak horší

informovanost lékaře, ale taktéž i obavy urologů z akutní retence moči při užití anticholinergika či antimuskarinika. Placebem kontrolované open-label srovnávací studie ukázaly, že antimuskarinika jsou spojena u mužů s obdobnou incidencí akutních retencí moči jako placebo. Jejich užití tedy nevede ke klinicky signifikantnímu nárůstu postmikčního RV či epizod ARM (4).

Léčba M-LUTS tak musí zcela jasně reagovat na přítomnost typu LUTS. V současnosti je tedy u pacientů s kombinovanými (evakuačními i skladovacími) symptomy doporučena kombinovaná léčba OAB + BOO.

Je tedy potřeba pacienta s LUTS edukovat, nabídnout mu přístup k informacím, emoční, psychickou a relevantní medicínskou podporu. Kromě samozřejmého vstupního fyzikálního vy-

Tabulka 1. Medikamentózní léčba LUTS

Indikace	Medikamentózní léčba	Schema léčby
Evakuační LUTS	Alfablokátory	Na 4–6 týdnů, posléze dle efektu 6–12 měsíců
OAB LUTS	Anticholinergika, antimuskarinika	Na 4–6 týdnů, posléze dle efektu 6–12 měsíců
LUTS evakuační + BPE 30 gr a více, PSA 1,4 a více, high risk progresse LUTS	Inhibitory 5AR	Iniciálně na 3–6 měsíců, dle efektu pak co 6–12 měsíců
Středně významné až velké LUTS s prevalencí evakuačních symptomů, prostata větší jak 30 gr, PSA více jak 1,4 ng/ml	Zvážit kombinaci alfablokátor + inhibitor 5AR	Iniciálně na 4–6 týdnů a pak 6–12 měsíců u alfablokátoru Iniciálně 3–6 měsíců a pak dle efektu 6–12 měsíců u inhibitoru 5 AR
Významné OAB + evakuační LUTS	Alfablokátory + antimuskarinika	Iniciálně na 4–6 týdnů, pak dle efektu na 6–12 měsíců
Mirabegron je možno preskribovat jako 3. volbu pro pacienty s OAB symptomy u pacientů, kde jsou antimuskarinika kontraindikované, klinicky neefektivní nebo mají signifikantní vedlejší účinky.		
Noční polyurie	Desmopresin 60–240 ug	Vhodná kontrola Na+
Evakuační LUTS + ED	Tadalafil 5 mg pro die kontinuálně	Iniciálně 4–6 týdnů, pak 6–12 měsíců

šetření a důsledného odběru anamnestických dat se doporučuje objektivizovat symptomy a kvantifikovat LUTS pomocí mikční karty a validizovaných dotazníků. Pacienty s lehkou formou LUTS je možno pouze sledovat a nabídnout jako řešení obtíží behaviorální opatření včetně změny životního stylu a režimu. Velmi často lze upravit nykturii a poruchy spánku jen radou či úpravou stereotypů a návyků pacienta. Postmikční dribbling lze upravit manuální expresí penilní uretry – „urethral milking“. Mužům s prevalujícími iritačními symptomy nenabízíme homeopatika, fytopreparáty či akupunkturu, ale cílenou léčbu. Je potřeba zhodnotit všechny komorbidity a konkomitantní léčbu a zvolit ze škály dostupných léků na OAB. V současnosti je již možnost zvolit medikament dle očekávaných preferencí pacienta s vědomím různých možných vedlejších účinků. Od ledna letošního roku je registrován nově Mirabegron v dávce 50 mg, což zcela jistě rozšíří spektrum použití i u pacientů, kteří starší medikamentózní léčbu nebyli schopni tolerovat pro její vedlejší účinky.

Pokud je přesto pacient non responder a selže tedy konzervativní způsob léčby LUTS, je třeba zvolit aktivní přístup a nabídnou pacientovi – samozřejmě pokud to lze – operační řešení.

Spokojený pacient = spokojený lékař a o to tu jde v první řadě.

Literatura

1. Nice National Institute for Health and Care Excellence. Nice Pathways 18. 2. 2014
2. Irvin DE, a kol. Eur Urol. 2008; 50: 1309–1315.
3. Helfand, a kol. Eur Urol. 2010; 57: 588–591.
4. Athanasopoulos A, a kol. Expert Opin Drug Saf 2008; 7: 473–479.

Nové možnosti léčby OAB

MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

OAB (overactive bladder, hyperaktivní měchýř) je syndrom charakterizovaný jako urgence, která je obvykle spojena s frekventní mikcí a nykturií a nebo i urgentní inkontinencí.

Prevalence OAB je relativně vysoká a stoupá s věkem. Například v Evropě je během života postiženo kolem 17 % dospělé populace. Metodou volby při léčbě OAB jsou v současné době hlavně perorální antimuskarinika. Účinnost této léčby je kolem 60–80 %, ale objevují se často i nežádoucí účinky. Proto část pacientů, kteří jsou s léčbou nespokojeni (nemá dostatečný efekt) nebo se u nich objeví tyto nežádoucí účinky, často léčbu přerušují. Bohužel další možnosti perorální léčby byly donedávna omezené.

V současné době je ale i v ČR dostupná nová třída léčiv pro OAB – selektivní agonista β_3 -adrenoceptoru, mirabegron. Jedná se o léčivo působící relaxaci detruzoru, a to pouze v plnící fázi mikčního cyklu, bez ovlivnění funkce detruzoru při mikci. Toto vede ke zvýšení kapacity močového měchýře, prodloužení intervalu mezi močeními a snížení počtu urgencí i urgentní inkontinence při zlepšené snášenlivosti vzhledem k antimuskarinikům. Efekt mirabegronu byl prokázán u pacientů bez předchozí terapie i u těch, kteří ukončili předchozí antimuskarinickou léčbu OAB pro nedostatečnou účinnost nebo nežádoucí účinky. Během studií byla prokázána dlouhodobá bezpečnost a snášenlivost mirabegronu.

Novinky v andrologii

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

doc. MUDr. Miloš Broďák, Ph.D.

ČTVRTEK / 20. 3. 2014 / 18.00–19.00

Erektilní dysfunkce a komorbidity. Optimální terapie

MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Sexuologické oddělení FN Brno

LF Masarykovy univerzity, Klinika

traumatologie, Brno

S prodlužující se délkou života a vzrůstajícím počtem kardiovaskulární a onkologické nemoci dojde do roku 2025 k nárůstu případů erektilní dysfunkce (ED) v Evropě o 39 %, dosud v ČR trpí ED každý druhý muž ve věku od 35–65 let. Klíčovou roli v patogenezi hraje penilní endoteliální dysfunkce vedoucí k ED, která je indikátor systémové endoteliální dysfunkce a následné koronární příhody. Erektile dysfunkce je u mužů 30–60 let a u diabetiků prediktor závažného i fatálního kardiovaskulárního onemocnění v časovém horizontu 2–5 let. Rizikové faktory ED představují hypertenze, hypercholesterolemie, endoteliální dysfunkce jako první stupeň aterosklerózy, ICHS, diabetes mellitus, obezita, kouření, poškození nervů při pánevních operacích (radikální prostatektomie pro karcinom prostaty, kolo- rektální karcinom), poranění míchy, poranění pánve, LUTS (dysfunkce dolních močových cest) a v posledních letech zkoumaný syndrom

spánkové apnoe. Antihypertenziva jsou nejčastěji diskutována v souvislosti s negativním působením na erektilní funkci. Nejrizikovější jsou beta-blokátory a centrální agonisté alfa 2 receptorů. V první linii léčby ED se 15 let nezastupitelně uplatňují inhibitory PDE5, inhibicí PDE5 přetrvává v topořivých tělesech ve zvýšené nabídce cGMP, který je klíčový pro navození relaxace hladké svaloviny topořivých těles. Bylo prokázáno zlepšení funkce cévního endotelu u nemocných chronicky užívajících I-PDE5. Tadalafil byl v roce 2012 zaregistrován v ČR pro léčbu LUTS, v monoterapii zlepšuje symptomy LUTS i ED.

K první linii nefarmakologické léčby ED dle EAU patří od roku 2013 nový způsob využívající lineární aplikaci rázové vlny nízké intenzity vedoucí k neovaskularizaci.

V současné době jsou nejčastější cílovou skupinou druhé linie léčby intrakavernózní aplikace prostaglandinu E1 muži s těžkou ED po radikální prostatektomii a diabetici, pacientů obou skupin výrazně přibývá. Penilní rehabilitace u pacientů s předpokládaným vznikem ED, zejména po onkologických pánevních operacích, představuje ochranu erekce, prevenci ireverzibilního poškození hladké svaloviny corpora cavernosa s jejich fibrotickou přestavbou.

Priligy® – nová možnost léčby předčasné ejakulace

MUDr. Aleš Horák¹

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.²

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.²

¹ANDROPHARM medical s.r.o., urologicko-andrologická ambulance, Ostrava

²Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Předčasná ejakulace (PE) představuje poměrně frekventní problém u mužské populace snižující kvalitu života. PE nestigmatizuje jen muže, ale vede i k narušení partnerského soužití.

Definice PE dle ISSM (International Society of Sexual Medicine) vychází jednak z IELT (Intravaginal Ejaculation Latency Time) kratšího než 1 minuta, subjektivního pocitu neschopnosti kontroly ejakulace a následného negativního psychosociálního dopadu ve formě stresu, frustrace apod. PE může být buď celoživotní, nebo získaná.

Prevalence PE je konzistentní v rámci všech věkových skupin a pohybuje se v rozpětí 18–26 % mužské populace.

Sexuální reakční cyklus se skládá z fází – touha, excitace, orgasmus (ejakulace), rezoluce. Při PE je tento cyklus narušen se zkrácením fází předcházejících ejakulaci.

Celý cyklus je složitým neurobiologickým jevem za účasti celé řady neurotransmiterů, mezi kterými dominuje serotonin (5-HT). Zvýšením

hladin 5-HT na specifických nervových zakončeních pak vede k oddálení ejakulace.

V terapii PE lze využít dle etiologie chirurgickou úpravu krátkého frenula, lokálně anestetické gely a spreje, analgetika, PDE-5 inhibitory, aplikace botulotoxinu, behaviorální terapie a především inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI).

Priligy® obsahuje SSRI – dapoxetin. Svým farmakokinetickým profilem, který je charakterizován maximem plazmatických hladin za 1–2 hodiny po podání dávky 30 mg a 60 mg a poklesem hladin na 5 % maxima za 24 hodin, je vhodný pro užití dle potřeby – on-demand. Eliminace probíhá převážně játry enzymatickým systémem CYP450 a částečně ledvinami.

Priligy® je v současnosti dle SPC jediným doporučeným perorálním lékem v terapii PE s prokazatelným efektem na prodloužení IELT. Díky své farmakokinetice umožňuje užití on-demand, s následnou rychlou eliminací játry a ledvinami. Při užívání je však třeba zvýšené opatrnosti u pacientů jednak k vzhledem individuální toleranci dapoxetinu s rizikem rozvoje ortostatické synkopy, dále při výrazně snížené funkci jater a ledvin a při současném užívání léku využívajících CYP450. Také u přítomných psychiatrických onemocnění může dojít k jejich dekompenzaci. Kontraindikací je pak současně užívání alkoholu a PDE-5 inhibitorů, inhibitorů MAO, thioridazinu a serotonergních léků.

SESTERSKÁ SEKCE

garant Mgr. Nataša Sochorová

ČTVRTEK / 20. 3. 2014 / 15.30–18.15

Je vždy rakovina prostaty nepřítel?

Silvie Konečná, Hana Pavlicová

Urologie, Nemocnice Kyjov

Karcinom prostaty je v Evropě druhý nejčastější zhoubný nádor u mužů a třetí nejčastější příčina úmrtí na maligní nádor.

Cíl: Upozornit posluchače na to, že včasné stadium rakoviny bývá většinou bezpříznakové, nebo jsou příznaky tak minimální, že jim muži nevěnují pozornost. Až při pokročilých stavech se pak mohou objevovat skeletové bolesti, nechutenství, hubnutí a únava. Léčba spočívá v radikálním odstranění prostaty. Je-li nádor objeven včas, má dobrou prognózu, proto je velmi důležitá prevence.

Změny v předoperační přípravě a pooperační péči u urologických pacientů na urologii FN Ostrava

Bc. Iva Baumová

Urologie FN Ostrava

Vlastní přípravu nemocného k operaci lze rozdělit na přípravu celkovou a místní. Celková příprava se dále dělí na obecnou, týkající se všech skupin nemocných, a speciální, týkající se vybraných skupin nemocných podle druhu základního onemocnění, plánovaného výkonu a rizikových faktorů.

Cíl: Od 1. 1. 2013 jsem začali používat na urologii FN Ostrava metodu Fast Truck k předoperační přípravě a zatěžování GITu, přednáška obsahuje krátké sdělení o efektivitě a komplikacích této metody.

Laparoskopická radikální prostatektomie pohledem perioperační sestry

Helena Dušánková

OCSS, FN Hradec Králové

Jednou z možností léčby karcinomu prostaty je její radikální odstranění.

Cíl: Prezentace je zaměřená na důvody, které vedou k laparoskopickému řešení a výhody s tím spojené. Informace jsou podány z pohledu perioperační sestry, jaké připravit pomůcky, přístroje a nástroje. Je to celkové přiblížení práce sester a lékařů při operaci na operačních sálech v Hradci Králové.

Inkontinence po radikální prostatektomii

Josefa Ďulíková,

Mgr. Nataša Sochorová

Urologická klinika, FN Olomouc

Močová inkontinence je nedobrovolný únik moči, má negativní vliv na kvalitu života a je nejobávanejší komplikací radikální prostatektomie.

Cíl: Autorka seznámí posluchače s existencí pásky ATOMS. Jak páska vypadá, kdy se indikuje její zavedení a jak probíhá pooperační péče.

Nové trendy v hygieně rukou

Luděk Fojtík

Olomouc

Ruce prozrazují přání, vyjadřují pocity, signalizují náladu. Ruce zdraví, ruce se mazlí, ruce chválí, přiznávají se k lásce, vzrušují, uklidňují. Ruce říkají „ano“ i „ne“ a vždy mluví pravdu.

Ruce zdravotnického personálu jsou nejen precizní mnohoúčelový nástroj, ale i prostředník přímého i nepřímého přenosu původců nozokomiálních nákaz.

Cíl: Seznámit posluchače se šesti zlatými pravidly hygieny rukou, které vedou ke snižování nozokomiálních nákaz.

Aplikace botulotoxinu

Mioslava Šefčíková,

Mgr. Nataša Sochorová

Urologická klinika, FN Olomouc

Botulotoxin je toxická látka, kterou v přírodě produkuje bakterie *Clostridium botulinum*, je znám také pod názvem „klobásový jed“. V urologii se využívá v léčbě hyperaktivního močového měchýře, u poruch močení (nejčastěji u neurologických onemocnění), u syndromu bolestivého měchýře, u mužů se zvětšenou prostatou.

Cíl: Informovat posluchače o způsobu aplikace botoxu a následné péči po aplikaci do močového měchýře.

Radiofrekvenční ablace a její využití v urologii

Danuše Štefanová

COS, FN Ostrava

Radiofrekvenční ablace je metoda lokální terapeutické destrukce **tkáně** využívající tepelného účinku procházejícího **elektrického proudu** o **frekvenci** řádově stovek **kHz**.

Cíl: Seznámit posluchače s použitím této metody při operačních výkonech laparoskopických, otevřenou cestou a při vyšetření CT u pacientů s nádorovým onemocněním.

I muži mají své dny...

Hana Urbanová, Barbora Špačková

Urologické oddělení, Šumperská nemocnice a.s

Uretroragie – krvácení z močové trubice může být způsobeno mnoha příčinami, z nichž nejčastější je poranění uretry, tumor, zánět a další.

Cíl: Kazustika 45letého pacienta, který se dostavil k nám na urologii, kde jsme řešili masivní uretroragii.

Extraanatomické stenty, indikace, komplikace

Eva Hübnerová, Hana Galasová,

Helena Hrdličková

Urologie FN Ostrava

Stenty slouží jako akutní nebo dlouhodobá drenáž močových cest. Jsou vyráběny z takových materiálů, aby nevyvolávaly po zavedení reakce organismu.

Cíl: Autorky stručně shrnují indikace a komplikace zavádění extraanatomických stentů.

Pracovní snídaně rezidentů, kazuistiky

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

PÁTEK / 21. 3. 2014 / 8.00–10.00

Vlastní zkušenosti s léčbou cystinové urolitiázy

MUDr. Slavomír Klátil

Urologické oddělení, KNTB Zlín, a.s.

Ačkoliv je diagnostika a doporučená terapie cystinové urolitiázy jasně definována, bývá někdy obtížné nastavit správnou individuální léčbu. Tato kazuistika pojednává o pacientce s cystinovou urolitiázou, možnosti její současné léčby a následné metafylaxe.

Řešení kaudální litiázy u pacientky s ortotopickou náhradou močového měchýře

MUDr. Jana Bocková, MUDr. Rostislav Kuldan, MUDr. Vladimír Košar

Urologické oddělení, Městská nemocnice Ostrava-Fifejdy

Cíl: Kazuistika ukazuje na možnost řešení kaudální litiázy u pacientky s ortotopickou náhradou močového měchýře

Kazuistika: 68letá pacientka s ortotopickou náhradou močového měchýře pro infiltrující papilokarcinom před 12 lety. Nyní při vyšetření zjištěna dilatace DS I-II st. levé ledviny. CT vyšetření prokazuje 8mm konkrément cca 2,5 cm před vyústěním do neoveziky. Cystoskopií prohlédnuta sliznice neoveziky s četnými klky, ústí však nenalezeno. Pomocí

punkční nefrostomie provedena ascendentní UPG, plní se vinutý reimplantovaný močovod až do neoveziky, pomocí vodiče přesondován močovod kolem urolitu až do neoveziky, kde pak pomocí cystoskopu zaveden stent. Pak pokus o provedení semirigidní a flexibilní ureteroskopie, která pro vinutý močovod nelze. Pak přes nefrostomii zaveden flexibilní ureteroskop, přes vinutý reimplantovaný močovod se dostáváme k žlutému konkrémentu, kdy provedena jeho tripse. Pacientka po propuštění bez potíží, po vytažení nefrostomie DS levé ledviny tonizován.

Závěr: Tato kazuistika poukazuje na to, že se nám sice úspěšně daří léčit pacienty s onkologickým onemocněním, ale také postupně přibývá pacientů, kde řešení litiázy může být komplikovanější.

Fournierova gangréna

MUDr. Petr Dolák

Urologické oddělení,

Nemocnice Nový Jičín a.s.

Cílem sdělení je prezentovat 3 případy pacientů postižených Fournierovou gangrénou, která je jednou z nejletálnějších diagnóz v urologii. Ve všech případech se jedná o rychle progresující stav vyžadující neodkladnou intervenci. Prognóza je i při adekvátní péči závažná. Jedná se o relativně vzácné onemocnění, se kterým

však i v dnešní době může být konfrontován každý urolog.

Gangrena Fournieri v kazuistikách

MUDr. Leo Pšenčík

Urologické oddělení, KNTB Zlín, a.s.

Fourierova gangréna je velmi závažná nekrotizující fascitida zevního genitálu a perianální oblasti. Postihuje většinou oslabené jedince se sníženou imunitou a pacienty se závažnými komorbiditami. Léčba spočívá v radikálním chirurgickém odstranění nekrotických hmot, zabránění množení anaerobních mikrobů, terapii širokospektrými antibiotiky, derivací moči a observací na JIP. Autor představuje tři kazuistiky pacientů s touto závažnou infekcí a popisuje rozdílné formy komplikací. Ukazuje, že morbidita a mortalita tohoto onemocnění je, i přes rychlost zahájení léčby a pokroky v terapeutických přístupech, stále poměrně vysoká.

Benigní nádor horních močových cest – fibroepiteliální polyp

MUDr. Leo Pšenčík

Urologické oddělení, KNTB Zlín, a.s.

Fibroepiteliální polyp je benigní nádor horních cest močových vyskytující se velmi vzácně. Jeho symptomatologie a nález na zobrazovacích metodách může často imitovat uroteliální maligní tumor močovodu a pánvičky. Pro diagnostiku je třeba provést odběr cytologie a vzorku na histologické vyšetření. Kazuistika popisuje případ pacienta s touto vzácnou diagnózou a jeho léčbu.

Oboustranný karcinom ledviny

MUDr. Dmitrij Alešin¹, MUDr. Vítězslav Boleloucký¹, MUDr. Jana Jurásková¹, MUDr. Radomír Zachoval, Ph.D.²

¹Urologické oddělení Svitavské nemocnice

²Urologické oddělení Nemocnice Třebíč

Toto sdělení popisuje dva případy bilaterálního karcinomu ledvin u mladých mužů a způsobu jejich vyšetření na našem pracovišti.

Asynchronní metastáza světlobuněčného renálního karcinomu sedm let po nefrektomii projevující se Hornerovým syndromem

MUDr. Zdeněk Polák

Urologické oddělení, FN Ostrava

Karcinom ledviny se nejčastěji vyskytuje v 6. dekádě života, muži jsou přibližně dvakrát častěji postiženi než ženy. Karcinom ledviny tvoří asi 3 % maligních nádorů v dospělosti. U karcinomu ledviny se mohou vzdálené metastázy objevit i po několika letech u primárně lokalizovaného onemocnění. Vůbec nejčastěji renální karcinom metastazuje do plic, lymfatických uzlin a jater. V kazuistice prezentujeme primárně lokalizovaný konvenční karcinom ledviny, který po sedmi letech metastazoval do oblasti karotické bifurkace vlevo a projevil se poúrazovým Hornerovým syndromem. Tato manifestace doposud nebyla popsána.

Renální biopsie u dítěte a nečekaný výsledek: vzorky tlustého střeva

MUDr. Peter Kuliaček^{1,2},

doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D.³,

MUDr. Miroslav Podhola, Ph.D.⁴,

MUDr. Ivo Novák, Ph.D.¹

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

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

³Dětská klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

⁴Fingerlandův ústav patologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Kazuistika 3,5leté dívky, která byla přijata do FN pro Henoch-Schönleinovu (HS) purpuru s kožním výsevem na dolních končetinách. Současně měla otoky a bolesti dolních končetin. Purpuře předcházelo zvracení a bolesti břicha, hůře chodila. V klinickém obraze dominovaly kožní projevy bez známek krvácení.

Na začátku onemocnění nebyl v moči nález. Pro elevaci ASLO nasazen penicilin p.o. na 7 dnů. Měla mírné bolesti břicha. Po 5 dnech propuštěna domů, před propuštěním poprvé bílkovina v moči. Doma byla 3 dny, jeden den 1x zvracela, postupně méně pila a močila. Při kontrole na ambulanci FN zjištěna proteinurie 4,44 g/24 h. a mikroskopická hematurie.

Pro známky HS nefritidy s nefrotickým rysem přijata do nemocnice. K určení závažnosti nefritidy, prognózy a dalšího terapeutického postupu byla indikována perkutánní renální biopsie. Dvanáctý den ráno od prvního přijetí byla v celkové anestezii pod UZ kontrolou provedena biopsie levé ledviny za standartních podmínek,

použity automatické jehly monopty 16+14 G. Po výkonu byla stabilní. V odpoledních hodinách nahlášeno z patologie, že v bioptickém materiálu byla přítomna sliznice a stěna tlustého střeva. Přivoláno konzilium. Mezitím měla termix, po kterém zvracela a udávala bolesti břicha difuzního charakteru. Bolesti břicha byly stejného charakteru jako po dobu 2 týdnů před biopsií. Objektivně břicho bylo v úrovni, měkké, mírně difuzně citlivé, bez peritoneálních příznaků. Po vyšetření nasazena antibiotika: coamoxicilin + metronidazol, po 12 hod. ještě přidán gentamicin. Pacientka monitorována, měla minimální příjem p.o. tekutin po dobu 48 hod., UZ břicha a retroperitonea byl negat. Opakovaně fyzikálně vyšetřena v den biopsie, nález na břichu bez progresu, byla afebrilní.

V dalších dnech bez zhoršení nálezu. Trojkombinace antibiotik ponechána 8 dnů. Pravidelné kontroly neprokázaly zhoršení stavu, zánět nebo jinou komplikaci. Pokračováno v léčbě kortikoidy, přidány inhibitory ACEI. Propuštěna v dobrém stavu.

Závěr: Poranění tlustého střeva při biopsii je raritní. Nejčastější komplikace jsou krvácení z ledviny a vývoj hematomu, makroskopická hematurie, perirenální hematoma, subkapsulární hematoma, arterio-venózní fistula, urinoma, pseudoaneuryzma. Většina komplikací se zjistí během 24 hod. po výkonu. V jejich monitoraci se používá UZ vyšetření. Procento komplikací se udává od 0,1 % do 24 %. Nejčastější jsou malé bezpříznakové hematomy ledviny.

V léčbě velkých vaskulárních komplikací je většinou úspěšná transfuze, v menšině jsou nutné invazivní procedury jako radiologická nebo chirurgická intervence. Perforace střeva byla

zjištěna jen raritně při biopsii ledviny, častěji se perforace kolon zaznamená při perkutánní extrakci konkrementu – 0,3 %. Časná diagnostika je důležitá pro úspěšnou léčbu komplikací.

Sekundární hypertenze: pozdní prezentace subkapsulárního hematomu ledviny

**MUDr. Jiří Špaček, MUDr. Ivo Novák,
MUDr. Jan Tomášek,
MUDr. Slavomír Vachata,
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.**

Urologická klinika – dětské oddělení,
FN a LF UK, Hradec Králové

Úvod: Traumata jsou v České republice nejčastější příčinou dětské morbidity a mortality.

Přibližně 10 % úrazů postihuje urogenitální trakt. Subkapsulární hematom ledviny bez lacerace parenchymu je z hlediska klasifikace poranění ledvin považován za méně rizikový a je plně indikován konzervativní postup. Základními symptomy jsou bolest v kostovertebrálním úhlu, mikroskopická nebo makroskopická hematurie.

Cíl: V příspěvku kazuisticky demonstrujeme méně častou příčinou sekundární hypertenze v dětství a adolescenci. Ojedinelý je také časový odstup mezi udávaným úrazem a vznikem obtíží, které vedly k vyšetření.

Kazuistika: Čtrnáctiletý chlapec se dostavil k ošetření na spádové dětské chirurgické oddělení pro bolesti v pravém boku. Anamnesticky v předchorobí udával úraz při kopané před půl rokem. Dle pacienta došlo k pádu na pravý bok, následovaný bolestí v pravé bederní krajině trvajících 15 minut, bez průvodní hematurie. Vzhledem k absenci obtíží nebyl chlapec po úrazu dále vyšetřen.

S odstupem šesti měsíců se z plného zdraví objevily bolesti v pravé bederní krajině, které vedly k návštěvě pediatra. V rámci vstupních vyšetření byla zjištěna hypertenze a pacient byl přijat na dětské oddělení okresní nemocnice. Provedená paraklinická vyšetření prokázala subkapsulární hematom pravé ledviny. Pacient byl přeložen na dětské oddělení Urologické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové s cílem dekomprese hematomu drenáží.

Pod sonografickou kontrolou provedena punkce tekutinové kolekce, zaveden drén a dále jednorázově vypuštěno 500 mililitrů serosanguinolentní tekutiny. Drén ponechán po celkovou dobu pěti dní. Po této intervenci došlo k normalizaci krevního tlaku a ústupu bolestí v bederní oblasti. Kontrolní sonografické vyšetření prokázalo regresi velikosti septovaného hematomu. Vzhledem k minimální sekreci byl drén odstraněn a pacient propuštěn domů. Při kontrole bylo prokázáno obnovení tekutinové kolekce v místě původního hematomu. Urolog indikoval provedení laparoskopické marsupielizace cystického útvaru. Po tomto výkonu již nebyla dále zjištěna recidiva tekutinové kolekce a krevní tlak nepřesáhl hranice hypertenze.

Závěr: Prezentujeme raritní případ pozdní prezentace subkapsulárního hematomu ledviny u mladého chlapce. Definice, diagnostika a léčba hypertenze v dětství a dospívání je obtížnější než v dospělosti. Podrobným celkovým vyšetřením u dětí musíme vždy vyloučit sekundární hypertenzi. Nejčastěji je sekundární hypertenze renálního původu (70–80 %). Zásadní z hlediska úspěšné léčby je konzultace urologa, která by měla vést k přesné diagnostice a adekvátní léčbě.

Masivní uretroragie v důsledku perforace pseudoaneuryzmatu větve penilní arterie

MUDr. Libor Luňáček¹, MUDr. Radek Sýkora¹, MUDr. Tomáš Jonszta², doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.¹

¹Oddělení urologické Fakultní nemocnice Ostrava

²Ústav radiodiagnostický Fakultní nemocnice Ostrava

Dekubity močové trubice při dlouhodobě zavedeném močovém katétru jsou závažným problémem. Zvláště rizikovou skupinu představují pacienti dlouhodobě imobilizovaní na podkladě postižení centrálního nervového systému.

V naší kazuistice prezentujeme případ 36letého muže po cévní mozkové příhodě hemoragického typu, po opakovaných neurochirurgických intervencích, u kterého se stav komplikoval rozvojem kvadruparézy, mimo jiné s nutností dlouhodobě zavedeného močového katétru. S odstupem 7 měsíců se u pacienta náhle objevila hemodynamicky významná uretroragie.

Konzervativní metody řešení uretroragie byly zcela bez efektu. Po konzultaci intervenčního radiologa jsme zvolili jako další metodu angiografii pánevního řečiště s cílem zjistit možný zdroj krvácení a pokusit se ho cíleně ošetřit. Při selektivní katetrizaci a. pudenda l. sin. bylo patrné plnění pseudoaneuryzmatu na penilní větvi v oblasti uretry, u kterého byla provedena superselektivní embolizace.

Po provedené embolizaci došlo k okamžitému ústupu krvácení a celkové hemodynamické stabilizaci pacienta. Zhojení defektu uretry bylo potvrzeno cystoskopicky s odstupem času.

Hematologické onemocnění imitující urologickou malignitu

MUDr. Jan Tomášek,
MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.,
doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.
Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Úvod: Lymfomy tvoří přibližně 6% nově zjištěných malignit. Většina lymfomů se při svém vzniku manifestuje expanzí lymfatických uzlin, ale může být také orgánové postižení. K nespecifickým příznakům patří únava, horečka, pocení, nechutenství, váhový úbytek, poruchy imunity a imunodeficity a další. Specifické příznaky jsou odvislé od postiženého orgánu. Postižení urogenitálního traktu se může projevovat hematurií, dysuriemi a příznaky ledvinného selhání, případně dalšími.

Kazuistika: Předkládáme kazuistiku 67letého pacienta s dysurickými obtížemi. Privátním urologem pro nález mikrohematurie byl přeléčen antibiotiky. V kontrolním vyšetření moči přetrvával nález mikrohematurie a v laboratorním nálezu kreatinemie 401 $\mu\text{mol/l}$. Bylo provedeno sonografické vyšetření s nálezem bilaterálního městnání v ledvinách a cirkulární zesílení stěny močového měchýře na 3 cm a více. Prvním výkonem byla bilaterální nefrostomie, zejména pro renální insuficienci. Po normalizaci renálních funkcí bylo provedeno CT vyšetření. To prokázalo objemnou tumorózní infiltraci celé stěny močového měchýře s jejím zesílením až na 6 cm, infiltrací prostaty a naléháním tumoru na stěnu rekta. Dalším nálezem byla objemná splývavá lymfadenopatie s největšími uzlinami velikosti až 4 cm. Provedená transuretrální resekce k histologické verifikaci tumoru přinesla překvapivý

nález agresivního B-non Hodgkinova lymfomu. Pacient byl předán do péče hematookologie. Nasazená chemoterapie vedla k regresi lymfadenopatie i zesílení stěny močového měchýře, k regresi hydronefrózy a možnosti extrakce obou nefrostomií.

Závěr: Lymfom močového měchýře je extrémně vzácný. Představuje 0,2 % všech primárních malignit a 1,8 % sekundárních lézí. Jeho první příznaky mohou být shodné s příznaky karcinomu močového měchýře. Někdy mohou i imitovat invazivní karcinom močového měchýře. Pro správnou diagnostiku je histologická verifikace nezbytná. Správná diagnóza a léčba vedla k remisi u prezentovaného pacienta.

One step bilaterální nefrektomie u pacienta ve stadiu terminálního renálního selhání s polycystózou ledvin

MUDr. Jan Pulcer¹, MUDr. Roman Staněk¹, MUDr. Tomáš Kokoř¹, MUDr. Jiří Hájek², Bc. Alžběta Rampírová³, MUDr. Veronika Králová⁴

¹Urologické oddělení, Slezská nemocnice, Opava

²Chirurgické oddělení, Slezská nemocnice, Opava

³Integrované bezpečnostní centrum Moravskoslezského kraje

⁴Interní oddělení, Slezská nemocnice, Opava

Cíl: V této práci je prezentován případ 64letého pacienta v chronickém hemodializačním programu s bilaterální polycystózou ledvin v terminálním stadiu selhání ledvin. Jde o polycystickou chorobu ledvin autosomálně dominantního typu.

Metoda: Na základě celkového zhoršujícího se stavu pacienta s oboustrannou bolestivou symptomatologií polycystických ledvin, sonografického a CT nálezu bylo rozhodnuto o provedení bilaterální nefrektomie. Vzhledem k ASA III-IV a riziku opakované operace jsme se rozhodli pro výkon v jedné době (one step). Byla provedena horní střední laparotomie s laterokolickou incizí vpravo, vlevo pak zvolen transmezokolický přístup. Hmotnost pravé ledviny byla 2 830 gramů, levé ledviny 2 360 gramů, krevní ztráty v množství 250 ml. Operace trvala 180 minut.

Výsledek: Výkon byl proveden bez větších krevních ztrát. Po výkonu došlo k ústupu vzrůstajících bolestí při tlaku objemných polycystických ledvin na okolní struktury, zároveň došlo k eliminaci možného zánětlivého fokusu, či rizika krvácení do cyst při takto postižených ledvinách.

Závěr: Prezentujeme možnost indikovat a provést one step bilaterální nefrektomii u pacienta s polycystickou ledvinou autosomálně dominantního typu a urychlit tak jeho možnost zařazení do transplantačního programu, ne však od příbuzných dárců vzhledem ke genetickému podkladu onemocnění.

Cystický nefrom jako raritní příčina obstrukce ledviny

MUDr. Jan Novák

Urologické oddělení Nemocnice Nový Jičín

Cystické renální expanze zahrnují celou škálu tumorů s rozdílným biologickým chováním. Mezi ně se řadí i cystický nefrom, což je poměrně vzácně se vyskytující benigní tumor. Od roku 1892, kdy byl popsán první případ cystického nefromu, se ve světové literatuře objevilo zhruba

200 případů tohoto nádoru. Autor předkládá případ 46leté pacientky stížené symptomatickým nádorem s propagací do ledvinové pánvičky, tedy jedním z možných popisovaných symptomů. V prezentaci je kompletně shrnut diagnosticko-terapeutický proces. I přes přínos sofistikovaných zobrazovacích metod je předoperační diagnostika cystického nefromu obtížnou fází tohoto procesu. Diagnostické obtíže tedy činí především odlišení od maligních tumorů.

Leiomyosarkom ledviny

MUDr. Eva Poláčková, MUDr. Karel Zita,

MUDr. Ivana Jakabovičová

Urologické odd. Nemocnice Břeclav

Prezentujeme 59letou pacientku, u které byl při UZ vyšetření břicha pro dyspeptické potíže 8/2011 diagnostikován suspektní tumor levé ledviny, došetřena CT se stejným nálezem, indikována k resekci ledviny. Vzhledem k peroperačnímu nálezu maligního špatně diferencovaného karcinomu přistoupeno k radikální nefrektomii, v definitivní histologii popsán leiomyosarkom ledviny. Dále dispenzarizována – t.č. je pacientka 2,5 roku po radikální nefrektomii, bez známek lokální recidivy či metastáz.

Leiomyosarkom retroperitonea s infiltrací stěny dolní duté žíly

MUDr. Yaroslav Andriychuk

Urologické oddělení, Nemocnice Třebíč

Úvod: Leiomyosarkom je vzácný mezenchymální zhoubný nádor vycházející z buňek hladké svaloviny, především stěn cév. Onemocnění má tendenci k rychlé generali-

zaci a i přes agresivní léčbu je prognóza nemocných nepříznivá. Postihuje častěji ženské pohlaví, maximum výskytu leiomyosarkomu je v 5. až 7. dekádě života. Základem je radikální chirurgická léčba.

Cíl: Prezentace kazuistiky pacientky, 56 let, s diagnózou leiomyosarkomu bez známek diseminace, provedena exstirpace nádoru s následnou radioterapií a chemoterapií.

Kazuistika: 56letá pacientka byla poprvé odeslána na naše pracoviště v lednu 2006. Dle UZ, CT a MR se jednalo o tumorózní expanzi retroperitonea vpravo o vel. 85 x 70 x 53 mm. V době stanovení této diagnózy jsme dalšími vyšetřeními vyloučili vzdálené metastázy. V únoru byla provedena radikální operace, která spočívala v kompletní extirpaci tumoru i s vynucenou pravostrannou nefrektomií, neboť tumor infiltroval renální cévy a oblast hilu. Dále pak peroperačně byla zjištěna částečná nádorová infiltrace stěny dolní duté žíly. V rámci onkologické radikality byla provedena adekvátně i částečná resekce DDŽ. Pooperační průběh klidný, zhojena per primam. Makroskopicky tumor na řezu 117 x 96 x 71 mm, histologicky se jednalo o dobře diferencovaný leiomyosarkom. Stěna DDŽ infiltrována tímto nádorem, resekcí okraje tumoru a stěny DDŽ byly negativní. Poté pak byla nemocná odeslána na onkologii a RT a chemoterapii. Po 6 letech po výkonu dochází k úmrtí pro generalizaci onemocnění.

Závěr: Klinické příznaky těchto tumorů jsou nespecifické a často vedou k pozdní diagnostice procesu. Patří svým agresivním chováním k sarkomům s nejhorší prognózou navzdory adekvátní a radikální léčbě. Nejčastěji metastazují do plic a jater. Došlo k tomu i v případě naší pacientky.

Leiomyom močového měchýře

MUDr. Barbora Látalová,

MUDr. Šárka Kudláčková,

MUDr. Michal Grepl, Ph.D

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Leiomyom močového měchýře je řídce se vyskytující benigní tumor močového měchýře. Jedná se o tumor bez mitotické aktivity, bez buněčné atypie či nekrózy. Leiomyomy vznikají submukózně a rostou nejčastěji intravezikálně nebo, méně často, extravezikálně. Vyskytuje se převážně u žen. Tvoří cca 0,4% tumorů močového měchýře. V 75% se vyskytuje u pacientů v mladém a středním věku.

Klinické projevy: Většina těchto nádorů je asymptomatických a bývají náhodně nalezeny. Větší nádory se mohou projevit symptomy jako jsou frekvence, urgence, obstrukce dolních močových cest, tlak v podbřišku a hematurie.

Diagnostika: Sonografie (obraz hypoechogenního, homogenního, solidního útvaru s hladkou stěnou), cystoskopie, CT ev. MR.

Terapie: Transuretrální resekce.

Kazuistika popisuje případ 38leté ženy, která byla ošetřena na urgentním příjmu pro potíže s močením, strangurie, polakisurie, urgence a bolesti v podbřišku po vymočení. Při USG močového měchýře se z levé boční stěny klene útvar 2 x 3 cm. Pro tento nálezní indikována cystoskopie, při které se pak ve vertexu klene útvar tvaru holubího vejce, sliznice na něm zarudlá s petechiemi. Dále se dle CT s kontrastní látkou jedná o tumor m.m. – nemá souvislost s dělohou ani vaječníky, zdá se být ve stěně m.m., v jeho okolí je pak stěna zesílená, denzitou neodpovídá endometrióze.

Koncem listopadu 2013 byla provedena endoresektomie tumoru močového měchýře: histologicky leiomyom. Vzhledem k hloubce invaze a velikosti tumoru bylo indikována časná re-endoresektomie.

Vzhledem k lokalizaci na zadní stěně a nejistému vztahu k peritoneu jsme indikovali a provedli endoresektomii močového měchýře zároveň s laparoskopickou revizí. Nakonec se výkon daří bez perforace peritonea. Histologické vyšetření již bez přítomnosti leiomyomu. Pacientce byl po 7 dnech extrahován močový katétr a byla propuštěna domů bez komplikací s termínem kontrolní cystoskopie.

Intraperitoneální ruptura močového měchýře

MUDr. Katarína Galliková,

MUDr. Karel Zita,

MUDr. Eva Poláčková

Urologické odd. Nemocnice Břeclav

V kazuistice prezentujeme 57 letého pacienta, který byl přijat cestou RLP na ARO silně podchlazený s poruchou vědomí, v rámci vyšetření pacienta suspekce na rupturu močového měchýře, CT cystografií potvrzena intraperitoneální ruptura, indikován k revizi břicha – provedena sutura ruptury na zadní stěně močového měchýře, revize dutiny břišní, drenáž, pooperačně však progresu stavu, rozvoj sepse, 2. pooperační den pacient umírá.

Pitvou a následným histologickým vyšetřením byla stanovena jako příčina smrti purulentní bronchopneumonie, akutní peritonitida a st. p. podchlazení.

Ektopické vyústění močovodu do semenného váčku

MUDr. Jan Šarapatka¹,

MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.¹,

MUDr. Filip Čtvrtlík, Ph.D.²

¹Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

²Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Ektopický močovod (EM) je močovod, který ústí na hrdle močového měchýře nebo v uretře, případně i mimo močové cesty. U mužů je ústí EM do uropoetického systému vždy nad úroveň zevního svěrače uretry, nejčastěji v oblasti hrdla močového měchýře nebo prostatické uretry. Ústí-li mimo dolní močové cesty, pak většinou do semenných váčků, raritně pak do chámovodu nebo do duktus ejakulatorius.

Cíl: Prezentace kazuistiky chlapce s ektopií močovodu do semenného váčku.

Kazuistika: 17letý chlapec byl vyšetřen ve spádovém zařízení pro zvýšenou únavnost. Při celkovém vyšetření byla zjištěna hypertenze. Při ultrazvukovém (UZ) vyšetření ani při DMSA scintigrafii nebyla nalezena pravá ledvina. K dovyšetření byl odeslán na naše pracoviště. Byla nasazena antihypertenzní terapie.

Při vyšetření ve FN OL nebyla opět pravá ledvina při UZ vyšetření v typické lokalizaci nalezena, paravezikálně vpravo byla zachycena tubulární hypoechogenní struktura charakteru megaureteru se suspektním zakončením dysplastickou ledvinou v pánevní lokalizaci. Byla doplněna MRI, která prokázala dysplastický rudiment pravé ledviny v presakrální lokalizaci s dilatovaným močovodem spojeným se semenným váčkem.

Byla indikována revize z pararektálního řezu. V lokalizaci odpovídající MRI byla nalezena dys-

plastická ledvina 2 x 2 cm s cévním zásobním vycházejícím ze společných ilických cév. Dilatovaný, vinutý močovod ústí do dilatovaného semenného váčku. Z nastříženého močovodu vytékala bělavá tekutina, v níž byly při mikroskopickém vyšetření prokázány spermie. Byla provedena nefroureterektomie s parciální resekci dilatovaného semenného váčku. Histologické vyšetření prokázalo dysplastickou ledvinou tkáň, hydroureter a tkáň semenného váčku. Pacient se zhojil primárně, je bez urologických obtíží. Hypertenze se postupně upravuje, antihypertenzní terapie byla redukována a plánuje se její vysazení.

Závěr: Raritní nález ektopie močovodu do vývodných pohlavních cest bývá doprovázen dysplazií i agenezí ledviny. UZ nebo radionuklidová lokalizace afunkční, těžce dysplastické ledviny bývá obtížná. MRI zrychlí vyšetřovací proces, sníží počet dalších vyšetření a většinou umožní stanovit předoperační diagnózu.

Expanze retroperitonea jako první projev tumoru varlete

MUDr. Slavomír Vachata,

MUDr. Jan Tomášek, MUDr. Jiří Špaček,

MUDr. Miroslav Louda, Ph.D.,

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Úvod: Nádory varlat představují až 1,5 % všech mužských malignit a asi 5 % všech urologických tumorů. Ve věkové skupině 15–35 jsou nejčastějším nádorem mužské populace. Prvním krokem v léčbě je radikální orchiektomie. Další léčba závisí na histologickém typu a stadiu tumoru. Nádory varlat mohou ovšem mít také

zcela neobvyklý průběh a následnou diagnostiku a léčbu. Cílem je prezentovat nemocného, jehož prvním projevem choroby byla retroperitoneální expanze, původně diagnostikovaná jako hematoma.

Kazuistika: Polymorbidní pacient, 60 let, vyšetřován v listopadu 2013 pro recidivující bolesti v levé bederní krajině na spádové urologii. Anamnesticky byl po pádu ze 2 metrů z žebříku na levý bok před 2 měsíci. Bolesti byly v levém boku, které ustoupily. Bylo provedeno CT břicha s nálezem objemného (15cm) hematomu v levém retroperitoneu. Byl akutně přeložen ze spádové urologie na naši kliniku k další léčbě. Při druhém čtení CT nálezu bylo vysloveno podezření na solidní struktury v dříve popsaném hematomu s podezřením na lymfom. Navíc bylo patrné městnání dutého systému levé ledviny a přetažení orgánů retroperitonea směrem doprava. Pro suspekci na hematologickou malignitu byla proto provedena biopsie pod UZ kontrolou. Pro obtížné histologické určení byl definitivní patologický závěr až za 16 dní od biopsie a výsledkem byl málo diferencovaný germinální nádor. Tumorové markery byly negativní a dle fyzikálního vyšetření zevního genitálu byla varlata oboustranně normální. Při sonografii varlat bylo vysloveno podezření na možný nádor levého varlete. Pro histologický náález byla zvolena jako primární léčba systémová chemoterapie. Tato léčba dále probíhá na onkologické klinice a orchiektomie je plánovaná po chemoterapii. Nyní je pacient po 3. cyklu chemoterapie BEP.

Závěr: Prezentujeme neobvyklý náález nádoru varlete s normálním palpačním nálezem varlat. Navíc se jednalo o původně zvažovaný

hematom retroperitonea po pádu. Pečlivé zhodnocení CT snímků se ukázalo jako velmi důležité. V mase hematomu byla patrná lymfadenopatie a její biopsie vedla ke správné diagnóze. Je vhodné zvažovat sonografii skrota při nálezu nevysvětlitelné lymfadenopatie retroperitonea, a to i při normálním palpačním nálezem varlat a negativních nádorových markerech.

Detorze varlete po patnácti hodinách

MUDr. František Hruška

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Kazuistika ukazuje na možnost detorze varlete po patnácti hodinách od vzniku bolesti.

Metoda: V kazuistice je autory prezentován jednatřicetiletý pacient, který byl vyšetřen ve spádové nemocnici pro čtrnáctihodinovou symptomatologii silné bolesti levého varlete a s podezřením na torzi levého varlete byl odeslán na urologickou ambulanci našeho pracoviště. V minulosti se léčil pro akutní epididymitidu vlevo.

Při vyšetření potvrzena torze varlete, proto indikována neodkladná revize. Peroperačně zjištěna torze provazce o 180 stupňů. Provedena detorze, následně bleeding test, který byl pozitivní, i přes známky malého okrsku avitální tkáně varlete. Peroperačně odebrána biopsie varlete s normálním histologickým nálezem. Pooperačně pacient febrilní, elevace zánětlivých parametrů, edém levé poloviny skrota. Zaléčen antibiotickou terapií, kortikoidy. Celkově došlo během 48 hod. k regresi zánětlivých markerů a lokálního nálezu. Při kontrolní dopplerovské sonografii varlete bylo detekováno prokrvení prakticky celého varlete.

Pacient byl propuštěn domů, při kontrolním ultrazvuku po třech týdnech od revize byl nález bez patologie.

Závěr: Dle Guidelines EAU je po torzi varlete při nálezu pozitivního bleeding testu indikován orgán zachovný výkon i s rizikem orchiektomie ve druhé době.

Lymfokéla jako komplikace retropubické radikální prostatektomie s lymfadenektomií

MUDr. Vladimír Študent

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Lymfokéla je nejčastější komplikací pánevní lymfadenektomie. Většinou je asymptomatická a spontánně regreduje. Při komplikacích či klinických příznacích je indikováno chirurgické řešení. Laparoskopická marsupializace (LM) lymfokély je dnes metodou první volby. Je spojena s minimem komplikací a nízkým rizikem recidivy, což umožňuje rychlé zotavení pacienta. Představujeme dva případy vzniku lymfokély po retropubické radikální prostatektomii s pánevní lymfadenektomií (RRP+LAE).

Kazuistika 1: Pacient, 69 let, RRP+LAE byla provedena v červnu 2013, histologicky se jednalo o adenokarcinom prostaty pT2c pN0 M0 GS 4+4. Pooperační průběh byl příznivý, PSA za 2 měsíce bylo 0,01 ng/ml, k dalšímu sledování byl proto předán do urologické ambulance v místě bydliště v Brně.

Zde byla během pravidelné dispenzarizace náhodně objevena při ultrazvukovém vyšetření (UZ) anechogenní kolekce tekutiny. Pacienta odeslali do městské nemocnice v Brně, kde byla

provedena vylučovací urografie s negativním nálezem. Dále bylo provedeno CT vyšetření s nálezem „cystoidu“ v malé pánvi vpravo. Byla provedena punkce, po které se však na kontrolním CT útvar znovu naplnil. S tímto nálezem byl odeslán ke konzultaci na naše pracoviště. Zde byla radiology stanovena diagnóza lymfokély. Pacient podstoupil v listopadu 2013 LM lymfokély. Během operace bylo odsáto 4000 ml čiré tekutiny. Pooperační průběh byl standardní, pacient byl při kontrole bez potíží, dle UZ nedošlo k recidivě.

Kazuistika 2: Pacient, 70 let, RRP+LAE provedena v lednu 2014. Histologicky se jednalo o adenokarcinom pT2c pN0 M0 GS 4+3. Čtrnáct dní po operaci se objevil jednostranný otok levé dolní končetiny. Bylo provedeno UZ vyšetření žil končetiny, které neprokázalo trombózu. Dále jsme doplnili CT s k.l. s nálezem kolekce tekutiny uložené v retroperitoneu paravezikálně vlevo s nízkou denzitou (okolo 5 HU) a velikostí 68 x 60 x 40 mm. Nález byl vyhodnocen jako lymfokéla. Provedli jsme LM lymfokély v únoru 2014, 4 týdny od předchozí operace prostaty. Při první kontrole po operaci za 3 týdny, otok LDK regredoval a dle UZ nedošlo k recidivě lymfokély.

Závěr: Lymfokéla po pánevní lymfadenektomii se zdá být mnohem častější komplikací než se dosud soudilo. Ve většině případů zůstane nezjištěna a spontánně vymizí. Samotná punkce neinfikované lymfokély není pro častou recidivu a riziko infekce vhodnou metodou. Rizikovými faktory jsou extrakapsulární šíření nádoru, infiltrace semenného vaku a počet pozitivních uzlin. Prevencí je pečlivě provedená lymfadenektomie. Proto by měly při indikaci pánevní

lymfadenektomie výhody jejího provedení převážit možná rizika.

Cizí těleso v ledvinné pánvičce

MUDr. Pavel Kratochvíl

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Pacient ošetřen pro bolesti v pravé bederní krajině, na prvním CT se zdál negativní nález, na dalším v odstupu 5 měsíců, kdy přetrvávaly bolesti a mikroskopická hematurie, však již bylo patrné cizí těleso v pánvičce pravé ledviny, které při jeho znalosti bylo nalezeno i na prvním CT, kde na jednom skenu byla tenká formace mezi duodenem a ledvinnou pánvičkou vpravo. Jedná se tedy o prostup cizího tělesa z trávicího traktu do ledvinné pánvičky. Součástí kazuistiky je i zkrácený videozáznam odstranění tohoto tělesa.

Urgentní mikce u úřednice

MUDr. David Hradil,

MUDr. Eva Burešová

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Autoři ve své kazuistice poukazují na případ mladé ženy s kombinací LUTS příznaků.

Metoda: Na naše pracoviště byla odeslána 45letá pacientka s příznaky dolních močových cest. Anamnesticky před 15 lety jí byla provedena závažná operace na gynekologii. Poslední 2 roky byla v péči spádového urologa pro urgentní inkontinenci, i přes terapii anticholinergiky 1. generace, kterou špatně tolerovala, přetrvávaly potíže, proto byla odeslána k nám. Byla kompletně dovyšetřena. Dle mikčního deníku zjištěna noční polyurie a frekventní mikce odpovídající OAB

syndromu. Nasazena anticholinergika 2. generace s částečným efektem. Přes den urgencye zmírněny, byla kontinentní, ale nadále přetrvávala častá nykturie 3–4 x. Proto ordinován desmopresin v počáteční dávce 60 µg 1 tabletu na noc pod jazyk. Po týdnu byla dávka zvýšena na 120 µg na noc. Při této kombinované léčbě u pacientky vymizela nykturie.

Závěr: Většina pacientů s OAB syndromem trpí současně i nykturií. Pokud je její příčinou noční polyurie, samostatná terapie anticholinergika na noční močení není účinná. Proto je nutné v těchto případech volit léčbu v kombinaci s desmopresinem.

Oboustranný leiomyom nadvarlete

MUDr. Michal Přikryl

Urologické oddělení, Krajská nemocnice

T. Bati, a. s., Zlín

Autor kazuistiky popisuje případ pacienta, který přichází k urologickému vyšetření pro nález nebolestivé rezistence v oblasti levého varlete. Při podrobném vyšetření zjištěna další podobná menší rezistence i v oblasti pravého varlete či nadvarlete – nelze jednoznačně rozlišit ani pomocí ultrazvukového vyšetření. Při operační revizi z inguinálního přístupu nalezeny oboustranně kulovité rezistence vyrůstající z kaudy nadvarlete – dle histologického vyšetření na zmrzlo diagnostikován benigní mezenchymový tumor. Provedena parciální epididymektomie, dle definitivního histologického vyšetření se jedná o oboustranný leiomyom nadvarlete. Autor popisuje další možné lokalizace tohoto benigního nádoru v oblasti urotraktu a zabývá se možnostmi diagnostiky a léčby.

Novinky v léčbě karcinomu prostaty

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

PÁTEK / 21. 3. 2014 / 10.15–11.15

Úskalí skríníngu karcinomu prostaty

prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Karcinom prostaty (KP) zůstává závažným zdravotním a sociálním problémem. Je to dáno širokým spektrem biologických vlastností, neexistencí systémové léčby a stárnoucí populací. Chování karcinomu lze pouze odhadnout na základě jeho charakteristik, věku a zdravotního stavu pacienta. Pouze radikální léčba (radikální prostatektomie, aktinoterapie) vede u lokalizovaných forem k vyléčení, u ostatních je léčba jen paliativní. Úspěšnost lokální léčby po 10 letech klesá téměř na polovinu, vysvětlení se hledá v nerozpoznaných mikrometastázách. Při pitvách mužů nad 50 let je asymptomatický KP odhalen v 26–46 %. V USA je životní riziko diagnózy KP ~ 16 % a úmrť 3 %. Tento nepoměr je způsoben tím, že podstatná část KP roste velmi pomalu a není život ohrožující (tzv. indolentní KP).

Cestou ke zlepšení je skríníng (SKP) testováním prostatického specifického antigenu (PSA), s cílem odhalit KP v raných stádiích a snížit nádorově specifickou mortalitu. SKP odhaluje preklinické Ca na základě biopsie prostaty (T1C), indikované podle PSA. PSA má malou specifitu zapříčiňující vysoké procento negativních výsledků. ERSPC – evropská studie a PLCO – americká studie ukázaly rozporuplné výsledky

snížení mortality (20 % versus 0 %), které jsou způsobeny rozdílným uspořádáním a krátkou dobou sledování. ERSPC ukázala po 12 letech (po korekci na ne-compliance – odečtení neukázných účastníků) téměř 40 % snížení mortality, Göteborgská větev dokonce 50 %.

Aktuálně převažuje názor o **přínosu SKP**, problémem zůstávají indolentní KP a jejich zbytečné léčení. Jako řešení se nabízejí kalkulátory nebo nomogramy a režim aktivního sledování (AS), které umožňují snížit počet negativních biopsií a zbytečně léčených indolentních KP. AS znamená také oddálení léčby KP původně zařazených mezi indolentní, u kterých došlo k progresi, bez ohrožení nemocného.

Radikální prostatektomie u lokálně pokročilého karcinomu prostaty

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.,

MUDr. Josef Košina, MUDr. Michal Balík,

MUDr. Petr Hušek, MUDr. Lukáš Holub,

MUDr. Jiří Špaček, MUDr. Slavomír

Vachata, MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Cíl: Radikální prostatektomie je nejúčinnější metoda léčby u karcinomu prostaty. Cílem práce bylo zhodnocení dlouhodobých výsledků radikální prostatektomie u T3 karcinomu prostaty.

Metoda: Byl hodnocen soubor 30 pacientů s lokálně pokročilým karcinomem prostaty

kteří podstoupili radikální prostatektomii v letech 1998–2003. Všichni pacienti podstoupili retropubickou radikální prostatektomii a pánevní lymfadenektomii. Byly hodnoceny funkční a onkologické výsledky.

Výsledky: Průměrný věk sledovaného souboru byl 66 let. Průměrné PSA bylo 15,2 ng/ml. Stadium pT3a bylo u 21 pacientů a pT3b u 9 pacientů. Gleasonovo skóre bylo u 14 pacientů 2–6, u 7 pacientů mělo GS 7 a 9 pacientů mělo GS 8–10. U 21 (70 %) pacientů byla provedena následná radioterapie. Z 30 pacientů 5 (17 %) zemřelo, z toho 2 na generalizaci karcinomu a 3 z jiné než onkologické příčiny. Desetileté celkové přežívání bylo 83 % a karcinom specifické bylo 93 %. Z funkčních výsledků bylo dosaženo kontinence u 27 (90 %) pacientů. Stenóza uretry, nejčastěji v místě anastomózy, s nutností další léčby byla u 2 (6 %) pacientů. U 4 pacientů byla léčena i druhá malignita, z toho jeden pacient měl 4 zhoubné nádory.

Závěr: Radikální prostatektomie u pacientů s lokálně pokročilým karcinomem prostaty je vysoce účinná a bezpečná metoda. Bylo dosaženo více než 90% desetiletého karcinom-specifického přežívání.

Roboticky asistovaná radikální prostatektomie

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,
MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.,
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.,
MUDr. Michal Grepl, Ph.D.,
MUDr. Vladimír Študent jr.
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Karcinom prostaty je nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů v ČR, odborným odha-

dem onemocnělo v r. 2013 nově asi 8 340 mužů v České republice a mužů žijících s tímto nádorovým onemocněním je dle odhadu téměř 50 000.

Vzhledem k této onkologické zátěži se lékaři Urologické kliniky FN Olomouc intenzivněji zabývají problematikou karcinomu prostaty

Systém da Vinci byl instalován v září r. 2009. Robotická chirurgie si velmi rychle na klinice získala oblibu pro preciznost provedení operace, minimální invazivitu, malé krevní ztráty a rychlou rekonvalescenci pacienta.

Cíle: Autoři prezentují své 4leté zkušenosti s roboticky asistovanou radikální prostatektomií (RARP). Vzhledem k tomu, že ne všechny zdravotní pojišťovny v ČR hradí RARP, provádějí tak vlastně randomizaci pacientů. Stále je ¼ operována retropubickou radikální prostatektomií (RRP).

Srovnání obou metod RARP a RRP prováděných na jednom pracovišti ve stejném časovém období, stejným týmem.

Metodika: Zhodnocení RARP a RRP ve stejném období s dostatečným časovým odstupem se zaměřením na onkologické výsledky.

Výsledky: Průměrná délka operace RARP byla 91 min. (49–191 min.), RRP 95 min. (55–150) $p < 0,007$.

Průměrná krevní ztráta u RARP 177,0 ml (50,0–420,0) u RRP 730,8 ml (100,0–3 000,0) $p < 0,001$.

U RARP katétr ponecháván 6,1 dne (5,0–9,0) u RRP 8,4 dne (5,0–21,0) $p < 0,001$.

Pozitivní okraje nalezeny u RARP ve 9 % a u RRP v 16 % pro pT2.

Biochemická progrese po 24 měsících byla u RARP 18 % u RRP 29,5 % $p < 0,007$.

Závěr: RARP se na Urologické klinice FN Olomouc stala metodou volby. Získala vysokou

oblíbenost u operatérů i zdravotních sester pro minimální pooperační komplikace a rychlou rekonvalescenci operovaných mužů. Trvalé dlouhodobé popularity se těší i ze strany pacientů, kteří jednoznačně RARP preferují.

Novinky v hormonální léčbě

karcinomu prostaty

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

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

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

Leuprolidu (LHRH agonisty), ve studii Crawforda delší přežití bez PSA progresu. U Degarelixu byla rovněž prokázána dlouhodobější suprese FSH, což má pravděpodobně vliv na progresi PSA. Terapie pomocí ADP je spojena s vyšším rizikem kardiovaskulárních komplikací, zvláště u mužů, kteří již kardiovaskulární komplikaci měli. Ve studii Albertsona (2014) byl posuzován výskyt kardiovaskulárních komplikací. Za kardiovaskulární komplikaci byla považována: jakákoliv embolie, hemoragie či ischemické cerebrovaskulární postižení, infarkt myokardu.

U mužů s preexistujícím kardiovaskulárním postižením bylo riziko dalšího kardiovaskulárního postižení během prvního roku léčby signifikantně nižší ve skupině léčených LHRH antagonisty než mužů léčených LHRH agonisty (hazard ratio: 0,44; 95 % confidence interval, 0,26–0,74; $p = 0,002$).

Závěr: Hormonální manipulace jsou nedílnou součástí terapie pokročilého CaP. LHRH antagonisté (degarelix) přinášejí okamžitý a spolehlivý pokles hladiny testosteronu, LH, FSH i PSA. Pokud se u mužů s plánovanou ADT v anamnéze vyskytla kardiovaskulární komplikace, je při použití degarelixu k ADT významně redukováno riziko výskytu dalších kardiovaskulárních příhod. Z těchto důvodů při ADT lze degarelix preferovat.

Aktuální pohled na cílenou léčbu kostní nádorové choroby

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika LFUP a FN Olomouc

Kostní metastázy a s nimi spojená bolest jsou často prvními projevy nádorového onemocnění pacientů. Do kostí metastazuje nejčastěji karcin-

nom prostaty, ale s kostními metastázami se setkáváme i u karcinomu ledvin, močového měchýře nebo vzácněji u nádorů z přechodního epitelu. Dosažený pokrok v léčbě urologických malignit vede k prodlouženému přežívání pacientů; ti jsou v důsledku toho ve zvyšující se míře vystaveni riziku vzniku kostních metastáz a s nimi souvisejících komplikací. Součástí komplexní péče o pacienty s urologickými malignitami a kostní nádorovou chorobou musí být nejen léčba základního onemocnění, ale i prevence tzv. kostních příhod (patologická fraktura, míšní komprese, nutnost chirurgického zákroku na kosti nebo

ozařování), která umožní zlepšit nebo co nejdéle zachovat kvalitu života pacientů, jejich mobilitu a soběstačnost. V této oblasti došlo v posledních letech ke značnému pokroku. Velký přínos představovalo pro pacienty zavedení bisfosfonátů do klinické praxe. Další zvýšení účinnosti přináší použití monoklonální protilátky denosumabu s odlišným mechanismem účinku a příznivým bezpečnostním profilem. Předmětem sdělení je srovnání účinnosti bisfosfonátů a denosumabu u onkourologických pacientů, ovlivnění vzniku kostních metastáz a dopad na bolest a kvalitu života pacientů.

Novinky v léčbě karcinomu močového měchýře

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

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

PÁTEK / 21. 3. 2014 / 11.15–12.00

Implikace EAU guidelines pro karcinom močového měchýře pro klinickou praxi v ČR

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Základem léčby svalovinu neinfiltujícího nádoru močového měchýře je řádná transuretrální resekce tumoru (TUR) následovaná intravezikální aplikací cytostatika či imunitní terapie. Volba formy a rozsahu intravezikální léčby (single shot či různě dlouhá udržovací léčba CHT či BCG) je dána rizikovostí skupiny, do níž je pacient zařazen na podkladě velikosti, četnosti, rychlosti/frekvencí rekurence, gra-

dingu karcinomu a přítomnosti případného karcinoma in situ. Zatímco u nízkorizikových karcinomů je radikální TUR a jednorázová časná pooperační instilace chemoterapeutika intravezikálně dostačující, u karcinomů středního rizika je třeba pokračovat v dalších instilacích chemoterapeutika, ačkoli délka a frekvence však nadále zůstává předmětem diskuzí. U vysoce rizikových karcinomů by měla po definitivním histologickém zhodnocení pokračovat intravezikální aplikace BCG vakcíny. Zvýšení iniciální kvality samotné TUR je možno dosáhnout použitím dalších pooperačních modalit – úzkopásmovým zobrazením (narrow band imaging, NBI) či fotodynamickou diagnostikou (PDD).

Standardem dnes je „second look“ TUR, tedy časná transuretrální resekce během v případech, kdy úvodní TUR není kompletní, není-li přítomen detruzor v endoresektátu (mimo Ta G1 a CIS), u všech T1 a všech high grade karcinomů. U pacientů se svalovinou infiltrujících tumorů je indikována radikální cystektomie s neoadjuvantní chemoterapií – výjimku tvoří pacienti s alterací renálních parametrů, kdy je na místě časná cystektomie. Pacienti, kteří jsou z interního hlediska vysoce rizikováni k radikální operační léčbě, je indikována po TUR (možno-li v co největším rozsahu) kombinovaná systémová léčba (CHT) a radioterapie.

Derivační operace u pokročilého karcinomu močového měchýře

MUDr. Michal Grepl, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Radikální cystektomie a derivace moči jsou dva kroky jedné operace. I v dnešní době je operace zatížena vysokým počtem komplikací,

ale většina z nich má souvislost právě s derivační částí. Z anatomického pohledu může být moč derivována na povrch těla (nejjednodušší metody – ureterostomie, ileální konduit, případně složitější kontinentní kožní derivace), ortotopicky uretrou (neovezika) nebo cestou tlustého střeva.

O indikaci komplikované derivace nerozhoduje ani tak věk, jako komorbidita, srdeční, plicní a kognitivní funkce spolu s preferencí pacienta, jeho sociálním zázemím. Kontraindikací pak jsou vážná neurologická a psychiatrická onemocnění, limitovaná prognóza přežití, zhoršené jaterní a renální funkce nebo karcinom v resekční linii.

Současná literatura uvádí 3% perioperační mortalitu a časné komplikace ve třech měsících od operace u 28% pacientů. Pozdní komplikace pak souvisí s typem močové derivace a nejsou ovlivněny faktem, zda šlo o svalovinu neinfiltující nebo invazivní karcinom. Všeobecně pak nižší komplikace mají centra s vyšším počtem pacientů a tedy s vyšší zkušeností.

Klinická praxe a její doporučení

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

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

PÁTEK / 21. 3. 2014 / 12.15–13.15

Penilní blokáda pro praxi

MUDr. Jiří Špaňhel

KARIM FN Olomouc

Pro výkony na penisu je penilní blokáda technicky velice snadno proveditelnou metodou regionální anestezie s vysokou mírou účinnosti a zároveň bezpečnosti. Techniku blokády popsal Kirya v roce 1978 pro cirkumcize u dětí, od té doby bylo popsáno několik modifikací. Nejbezpečnější technikou je injekce lokálního anestetika do subpubického prostoru bilaterálně podél lig. suspensorium penis, cca 1 cm vlevo a vpravo od střední čáry. Cílem je aplikace anestetika do trojúhelníkovitého prostoru, kterým prochází nervus dorsalis penis, a je ventrálně ohraničený superficiální fascií, kranálně stydkou kostí a dorzokaudálně kavernózním tělesem. Pro výkony na dorzu penisu a glandu je tato blokáda dostatečná, pro provedení cirkumcize je nutné doplnit blokádu půlkruhovou subdermální aplikací lokálního anestetika na ventrální straně penisu těsně proximálně od zamýšlené linie řezu. Anestetikem volby je levobupivacaine 0,5 % (Chirocaine 0,5 %) pro svou nízkou kardiotoxicitu. **Kombinace s adrenalinem je kontraindikována** pro nebezpečí ischemie penisu.

Penilní blokáda je technicky, časově i finančně nenáročná metoda, která výrazně

snižuje pooperační spotřebu analgetik, zkracuje dobu hospitalizace a umožňuje provádět výkony ambulantně. Je vhodná pro polymorbidní pacienty, kteří nejsou zatíženi celkovou anestezí a pro diabetiky, kterým nenaruší jejich denní režim.

Co je nového v diagnostice a léčbě akutního skrota u dětí

MUDr. Oldřich Šmakal, CSc.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Akutní onemocnění šourku u dětí je charakterizováno náhle vzniklou bolestivostí, zvětšením a případně zarudnutím poloviny nebo celého skrota. Může být způsobeno buď onemocněním stěny šourku, nebo jeho obsahu.

Nejčastější příčinou akutního skrota u dětí, ve 40–60 %, je torze přívěsku varlete, nejzávažnější příčinou je torze spermatického provazce, která se vyskytuje ve 20–30 %.

Torze přívěsku je charakterizovaná pomalým nástupem obtíží, bolest bývá méně výrazná, než u torze semenného provazce. Zpočátku může být torkvovaný přívěsek hmatný, s odstupem času již jeho palpaci znemožní reaktivní epididymitida a otok stěny šourku. Při dopplerovském ultrazvukovém vyšetření je zachováno prokrvení varlete, nadvarle bývá překrvené a zvětšené, torkvovaný přívěsek se nemusí podařit zachytit.

Podání antiflogistik a antiedematik má u převážné většiny pacientů dobrý léčebný efekt, pouze při nezlepšení stavu je nutné operační odstranění přívěsku.

Torze spermatického provazce je většinou spojena s výraznou bolestivostí a s rychlým nástupem otoku a zvětšení varlete od projevu bolesti. Přes zlepšení diagnostických metod s využitím dopplerovské případně high resolution ultrasonografie nemusí být průkaz torze spermatického provazce jednoznačný, při jakýchkoliv diagnostických pochybách je indikována urgentní operační revize. Pokud po detorzi varlete nedojde k jeho dokonalému prokrvení, ale nejsou jednoznačné známky nekrózy varlete, je doporučeno varle neodstraňovat, provést fixaci obou varlat a sledovat jeho další vývoj. Peroperační hodnocení prokrvení varlete je současnými metodami obtížné, o dalším osudu varlete rozhodne délka trvání a stupeň torze provazce.

Překvapivá pooperační komplikace u pacienta po nefrektomii

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení, Uherskohradištská nemocnice a.s.

Pacient po levostranné lumbotomické nefrektomii pro susp. tumor dle CT, předtím stentován pro akutní obstrukční pyelonefritidu, výkon obtížnější pro fibrózu v operačním poli, pooperačně subileus protrahované se střídavým zlepšením a zhoršením, 10. den op. revize dut. břišní, kde jako příčina pruh omenta do drobné pupeční kýly.

Komplikace výměny močového katétru u polymorbidního pacienta

MUDr. David Ondra

Urologické oddělení, Uherskohradištská nemocnice a.s.

Pacient s generalizovaným Ca prostaty přeložen z interního oddělení pro anurii na int. odd., opakovaně výměna permanentního močového katétru pro malý výdej, po výměně PK bez výdeje, hydronefróza ledvin oboustranně, zavedené nefrostomické drény oboustranně, další den pobolívání břicha, neklid, rtg nativní snímek ukazuje subileus, dle klin. vyšetření vezikorektální píštěl, provedeno CT břicha s diskrepancí popisu od klinického a následného operačního nálezu, kdy při revizi dutiny břišní nález perforace močového měchýře, tenké kličky, sutura, po operaci překvapivě uspokojivý průběh a dimise.

Jak dál při trvajícím podezření na karcinom prostaty a negativních biopsiích?

MUDr. Šárka Kudláčková

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Multiplikovaná biopsie prostaty pod ultrazvukovou kontrolou je zlatým standardem pro získání biologického materiálu při diagnostice karcinomu prostaty. V případě negativního nálezu a nadále trvajícím podezřením na karcinom prostaty (při vzrůstajícím PSA či suspektním nálezem v biopsii včetně ASAP) z primobiopsie je indikována rebiopsie. Tento postup je dobře zmapován, podložen četnými studiemi a zakotven v guidelines EAU. Jak však postupovat v případech, že i opakované rebiopsie včetně sa-

turačních biopsií ev. transperineálních biopsií za pomoci „síta“ zůstávají nadále bez průkazu karcinomu, PSA nadále narůstá a je zde důvodné podezření z přítomnosti karcinomu?

V současné době je snaha o diagnostiku karcinomu prostaty na MRI, sonografické vyšetření se zaměřuje na metodu tkáňové analýzy pomocí Histoscanningu a jako další z metod lze použít PET CT s pomocí 18F-cholinu. Zatímco jeho využití při dg. biochemické recidivy již bylo prokázáno vícero studiemi, jeho použití při primární diagnostice karcinomu prostaty zatím zůstává otázkou studií.

Obecně lze říci, že při 3 a více negativních rebiopsiích nemá význam provádět další rebiopsie stejným způsobem, neboť záchyt v dalších rebiopsiích je minimální. Lze očekávat, že v těchto případech je karcinom lokalizován v obtížně biopticky dostupných předních rozích periferní

zóny. Zde pak uvítáme možnosti zobrazovacích metod vyznačit susp. oblasti, do kterých je pak směřována cílená biopsie.

Předem lze ještě použít vyšetření onkomarkerů (PCA3 a quadriplex testu) z moči ke stanovení rizika přítomnosti CaP. Vzhledem k tomu, že tyto metody nejsou běžně na pracovištích dostupné, je s výhodou, pokud jsou tito pacienti odesíláni na pracoviště, která mohou tyto metody nabídnout, stejně jako nejmodernější způsoby operačního řešení v případech, že je takto karcinom prostaty prokázán.

Na našem pracovišti je v současné době k dispozici analýza pomocí histoscanningu se semi-real time zobrazením při biopsii v rámci klinické studie a dále pak cílená biopsie po vyšetření 18F-cholin PET CT, kde se u přísně selektovaných pacientů výsledky jeví jako velmi slibné.

16. ročník
**Moravského
urologického
sympozia**

20. – 21. 3. 2014 / Karlova Studánka



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

Hlavní partneři



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



Partneři



Bayer HealthCare

ELI LILLY ČR, s.r.o.

Ferring Pharmaceuticals CZ, s.r.o.

GlaxoSmithKline, s.r.o.

MYLAN PHARMACEUTICALS s.r.o.

Olympus Czech Group, s.r.o.

Rous Surgical s.r.o.

APOGEPHA Arzneimittel GmbH

Astellas Pharma s.r.o.

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

Mediální partner

**Urologie
pro praxi**

Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast
na finančním zajištění konference

PŘEDČASNÁ EJAKULACE F52.4

*První a jediný lék
schválený pro léčbu
předčasné ejakulace.¹*



Více kontroly, více sebejistoty.²

Zkrácená informace o přípravku: Priligy® 30 mg/60 mg potahované tablety **Složení:** Dapoxetini hydrochloridum odpovídající 30 mg nebo 60 mg dapoxetinum. **Indikace:** Léčba předčasné ejakulace (F52.4) u mužů ve věku 18–64 let. **Dávkování:** 30mg tableta užívána přibližně 1–3 hodiny před sexuální aktivitou. Při nedostatečné odpovědi a při absenci prodromálních příznaků ukazujících na synkopu může být dávka zvýšena na 60 mg užitých 1–3 hodiny před sexuální aktivitou. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na složky přípravku. Srdceční selhání (NYHA třídy II–IV); poruchy vedení jako AV blokáda nebo sick sinus syndrom; závažná ischemická choroba srdce; závažné onemocnění chlopňů; synkopa v anamnéze; manie nebo těžká deprese v anamnéze; středně těžká nebo těžká porucha funkce jater. Současná léčba a 14 dní po ukončení léčby: inhibitory monoaminooxidáz, thioridazinem, SSRI, SNRI, tricyklickými antidepresivy nebo jinými přípravky se serotonergním účinkem. Současná léčba silně účinnými inhibitory CYP3A4. **Upozornění:** Priligy® nemají užívat muži s erektilní dysfunkcí, kteří užívají inhibitory PDE5. V klinických studiích byla hlášena ortostatická hypotenze. Pacienti je nutno poučit, že synkopa se může vyskytnout kdykoliv během léčby Priligy® buď s výskytem prodromálních příznaků nebo bez nich. Pacienti je třeba upozornit, aby se vyvarovali situací, včetně řízení nebo obsluhy nebezpečných strojů, při kterých by při výskytu synkopy nebo jejích prodromálních příznaků, jako je závrat nebo točení hlavy, mohlo dojít ke zranění. Pacienti mají být poučeni, aby neužívali Priligy® současně s „rekreačními“ drogami nebo s alkoholem. Priligy® nemá být používána u pacientů s maníí/hypomanií nebo bipolární poruchou (ani v anamnéze). Doporučuje se opatrnost při současném užívání léčivých přípravků ovlivňujících funkci krevních destiček, dále u pacientů s krevními stavy (i v anamnéze). Priligy® není doporučena pro pacienty s těžkou poruchou funkce ledvin. Priligy® má být užívána s opatrností u pacientů se zvýšeným nitročním tlakem. Obsahuje laktózu. **Interakce:** V souhrnu údajů o přípravku Priligy® jsou popsány interakce s inhibitory monoaminooxidáz, thioridazinem, přípravky se serotonergním účinkem, přípravky ovlivňujícími CNS, inhibitory CYP3A4, silně účinnými inhibitory CYP2D6, inhibitory PDE5. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: závratě, bolest hlavy; nauzea. Časté: úzkost, agitovanost, neklid, insomnie, abnormální sny, snížení libida; somnolence, porucha pozornosti, tremor, parestezie; rozmazané vidění; tinitus; zčervenání; kongesce sinů, zívání; průjem, zvracení, zácpa, bolest břicha, bolest v horní části břicha, dyspepsie, flatulence, žaludeční nevolnost, distenze břicha, sucho v ústech; hyperhidróza; erektilní dysfunkce; únava, podráždění; zvýšení krevního tlaku. Méně časté (synkopa atd.) a vzácné viz plné znění souhrnu údajů o přípravku. **Balení:** 3, 6 potahovaných tablet. **Držitel registrace:** Berlin-Chemie AG (Menarini Group), Berlín, Německo. **Reg. číslo:** 87/ 315/12-C, 87/ 316/12-C. **Datum poslední revize:** 6. 3. 2013. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Abyste byli jisti správným použitím přípravku Priligy® a abyste zabránili nebezpečí synkopy, připravila společnost Berlin-Chemie Menarini pokyny pro správné použití a informační brožuru pro pacienty. Důrazně doporučujeme, aby lékař měl tyto materiály k dispozici a pečlivě si je přečetl před tím, než přípravek Priligy® předepíše. Tyto materiály lze vyžádat na níže uvedené adrese nebo je lze získat od reprezentanta společnosti.

Zdroj: ¹ EAU Guidelines on ED and PE 2013. ² McCarty E.J. Core Evidence 2012;7:1-14.

Berlin-Chemie/A.Menarini Česká republika s.r.o.
Komárkova 16, Praha 4, Tel.: 267 199 333, e-mail: office@berlin-chemie.cz
Od 20. 4. 2014 je platná adresa: Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4 – Michle



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**