

Česká urologie

CZECH UROLOGY

2017 | ročník/volume 21 | číslo/number 3 (suppl. A) | říjen | ISBN 978-80-7471-207-4

63. výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP

18.–20. 10. 2017 / PLZEŇ

European Association of Urology 17th Central European Meeting (CEM)

19.–20. OCT 2017 / PILSEN

Časopis České urologické společnosti ČLS JEP



ŠÉFREDAKTOR / EDITOR-IN-CHIEF

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA / Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

VÝKONNÁ REDAKČNÍ RADA / EXECUTIVE EDITORIAL BOARD

doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc. / Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

MUDr. Milan Král, Ph.D. / Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D. / Urologické oddělení FN Ostrava

doc. MUDr. Viktor Soukup, Ph.D. / Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D. / Urologické oddělení FTN Praha

REDAKČNÍ RADA / EDITORIAL BOARD

prof. MUDr. Marko Babjuk, CSc. / Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D. / Urologická klinika LF a FN Hradec Králové

doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D. / Onkologické oddělení FTN Praha

doc. MUDr. Jan Doležel, Ph.D. / Oddělení onkologické urologie, Masarykův onkologický ústav Brno

prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa, FEBU / Urology Department, Nicolaus Copernicus Hospital, Bydgoszcz, Poland

prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., FCMA / Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Erik Havranek, MBBS, MD, FEBU, FRCS (Urol) / Consultant Urological Surgeon, Northwick Park Hospital, Harrow a Central Middlesex Hospital, Londýn, GB

doc. MUDr. Richard Fiala, CSc., FEBU, FRCS / Altnagelvin Area Hospital Western Health and Social Care Trust, Londonderry, UK

doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D. / Urologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha

prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc. / Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

doc. MUDr. Jiří Heráček, Ph.D., MBA / Urologické oddělení ÚVN, Praha

prof. MUDr. Ondřej Hes, Ph.D. / Šiklův patologicko-anatomický ústav, LF UK a FN Plzeň

Piotr L. Chlost, MD, PhD, DSci, FEBU / Professor and Chairman Department of Urology, Jagiellonian University in Krakow, Poland

doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc. / Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

prim. MUDr. Oto Köhler, CSc. / Chirurgické oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

MUDr. Michaela Matoušková / Urocentrum Praha

doc. MUDr. Ivan Minčík, Ph.D. / Klinika urológie, FZO PU v Prešově, Slovenská republika

PD Dr. habil. Vladimír Novotný, Ph.D. / Urologische klinik, Städtisches Klinikum Görlitz

Peter Nyirády M.D., Ph.D., D.Sc., FEBU / Department of Urology and Centre for Urooncology, Semmelweis University, Budapest

prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc. / Urologická klinika FN Brno

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D. / Urologické oddělení FN České Budějovice

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

prof. MUDr. Ján Švihra, PhD. / Urologická klinika JLF UK a UNM, Martin, Slovenská republika

doc. MUDr. Peter Weibl, Ph.D. / Urologie, Landeskrankenhaus Korneuburg, Rakousko

doc. MUDr. František Zátura, Ph.D. / Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Peter Zvara, M.D., Ph.D. / Department of Urology and Biomedical Laboratory, University of Southern Denmark Odense, Denmark

Česká urologie / Supplementum A

2017 – ročník/volume 21

ISSN 2336–5692 (on-line), ISBN 978-80-7471-207-4 (on-line)

www.czechurol.cz

Vydavatel: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Sokolská 31, 120 26 Praha 2

Šéfredaktor: prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA, horam@fnplzen.cz

Nakladatel: Solen, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Redakce: Mgr. Zdeňka Bartáková, SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Rukopisy: Posílejte prostřednictvím redakčního systému ACTAVIA na webových stránkách

www.czechurol.cz nebo do redakce na Mgr. Zdeňka Bartáková, bartakova@solen.cz

Grafická úprava a sazba: Milan Matoušek, DTP Solen

Inzerce: Mgr. Veronika Črepová, Urologická klinika UK 2. LF a FN Motol, v Úvalu 84, 150 06 Praha 5, sekr@cus.cz

Redakční uzávěrka tohoto suplementa: 9. 10. 2017



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Určeno odborné veřejnosti. Zasláné příspěvky se nevracejí. Nakladatel získá publikací příspěvku výlučné nakladatelské právo k jeho užití. Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerce odpovídá výhradně inzerent. Žádná část tohoto časopisu nesmí být kopírována a rozmnožována za účelem dalšího rozšiřování v jakékoliv formě či jakýmkoliv způsobem, ať již mechanickým či elektronickým, včetně pořizování fotokopíí, nahrávek, informačních databází na magnetických nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autorských práv a vydavatelského oprávnění. Za obsah a správnost textů odpovídají autoři.

ORGANIZACE KONFERENCE

VĚDECKÝ VÝBOR KONFERENCE

PREZIDENT KONFERENCE

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D.

VĚDECKÝ SEKRETÁŘ KONFERENCE

doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.

ČLENOVÉ VĚDECKÉHO VÝBORU KONFERENCE

prof. MUDr. Marko Babjuk, CSc.

doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

doc. MUDr. Jan Doležel, CSc.

prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc.

doc. MUDr. Radim Kočvara, CSc., FEAPU

as. MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

doc. MUDr. Roman Zchoval, Ph.D.

63. výroční konference
České urologické společnosti ČLS JEP
je organizována společně s
European Association of Urology
17th Central European Meeting (CEM)

Abstrakta k posterovým sekcím CEM jsou publikována na
<http://uroweb.org/urosource/>



SEZNAM VYSTAVUJÍCÍCH FIREM A SPONZORŮ ČUS

ZLATÝ SPONZOR ČUS

Astellas Pharma s. r. o.

STŘÍBRNÝ SPONZOR ČUS

GlaxoSmithKline s. r. o.

BRONZOVÝ SPONZOR ČUS

Beckman Coulter Česká republika s.r.o.

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

Hartmann-Rico a.s.

OFICIÁLNÍ PARTNER ČUS

AMGEN s.r.o.

B.Braun Medical, s.r.o.

Coloplast A/S odštěpný závod

Elva Pharma s.r.o.

FERRING Pharmaceuticals CZ, s.r.o.

Intuitive Surgical

Ipsen Pharma, o.s.

Olympus Czech Group, s.r.o.

SCA Hygiene Products s.r.o.

VYSTAVOVATELÉ

- ADVAMED s.r.o.
- AKACIA GROUP, s.r.o.
- Amirex Medical s.r.o.
- APOGEPHA Arzneimittel GmbH
- Astellas Pharma s.r.o.
- Audioscan, spol. s r.o.
- B. Braun Medical s.r.o.
- Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s.r.o.
- BIONIK Stapro Group s.r.o.
- Bioptická laboratoř s.r.o.
- Boston Scientific Česká republika s.r.o.
- Coloplast A/S odštěpný závod
- ELVA Pharma s.r.o.
- FERRING Pharmaceuticals CZ, s.r.o.
- GRANE s.r.o.
- HARTMANN – RICO a.s.
- HEATON Group a.s.
- Herbacos Recordati s.r.o.
- Hospimed spol. s r.o.
- IBI spol. s r.o.
- Intuitive Surgical
- Ipsen Pharma, o.s.
- Janssen-Cilag s.r.o.
- KETTEX Development s.r.o.
- MEDIAL spol. s r.o.
- MEDIFINE a.s.
- MEDILAS s.r.o.
- Medimat inko, s.r.o.
- MEDKONSULT, s.r.o.
- MEDNET s.r.o.
- Medopharm s.r.o.
- Medtronic Czechia s.r.o.
- MeWadia s.r.o.
- Mylan Pharmaceuticals s.r.o.
- Olympus Czech Group, s.r.o.
- Pfizer s.r.o.
- Pierre Fabre Medicament, s.r.o.
- PRAGOMED, s.r.o.
- PRO.MED.CS Praha a.s.
- PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.
- RADIX CZ s.r.o.
- S.A.B. Impex, s.r.o.
- SCA Hygiene Products, s.r.o.
- SurgiCare s.r.o.
- Teleflex Medical s.r.o.
- Urotech GmbH, organizační složka
- Vipfarm Slovakia s.r.o.

PROGRAM – LÉKAŘSKÁ SEKCE

Středa 18. 10. 2017

14.00–15.15 Edukační kurz ČAU **Sál**
Metafylaxe recidivujících infekcí močových cest **Conferenza**
 Garant: doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D. (Ostrava)

Úvod

J. Krhut
 Urologické oddělení FN Ostrava

Antibiotická a hormonální metafylaxe

R. Skoumal
 Urocentrum, Brno

Imunologická metafylaxe

K. Belej
 Urologie – Chirurgické oddělení, Nemocnice Na Homolce, Praha

Metafylaxe potravinovými doplňky

A. Vidlář
 Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Diskuze, prezentace klinických případů

Náplň kurzu: Recidivující infekce dolních cest močových patří k zásadním problémům současné urologie. Pozornost tomuto tématu je třeba věnovat zejména vzhledem k měnícímu se spektru původců, jejich narůstající rezistenci na antibiotika a v neposlední řadě vzhledem ke zdravotně-ekonomickým konsekvencím. Edukační kurz poskytuje systematický přehled o současných možnostech metafylaxe recidivujících infekcí urotraktu ve světle medicíny založené na důkazech. Závěr kurzu bude tvořit rozbor kazuistik s důrazem na využitelnost v běžné klinické praxi. Kurz je určen pro urology ambulantní i lůžkové složky.

15.15–16.30 Edukační kurz ČAU **Sál**
Aktuální aspekty léčby lokalizovaného a lokálně pokročilého **Conferenza**
karcinomu prostaty
 Garant: prof. MUDr. Marko Babjuk, CSc. (Praha)
 doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA (Praha)

Lokalizovaný a lokálně pokročilý karcinom prostaty

M. Babjuk
 Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Kde jsou přednosti operační léčby?

D. Pacík
 Urologická klinika MU a FN Brno

Proč volit fotonovou radioterapii?

K. Odrážka
 Oddělení klinické a radiační onkologie, Pardubická krajská nemocnice, a. s., Pardubice
 Multiscan, s. r. o., Pardubice

Proč volit protonovou radioterapii?

J. Kubeš
 Proton Therapy Czech, s. r. o., Praha

Proč a kdy můžeme s léčbou vyčkávat?

O. Čapoun
 Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Diskuze

Náplň kurzu: Cílem kurzu je přinést aktuální pohled na léčbu lokalizovaného a lokálně pokročilého karcinomu prostaty. Pozornost bude věnována jednotlivým možnostem postupu včetně v ČR často diskutované protonové radioterapie. Přednášející budou prezentovat přehlednou formou klíčové argumenty pro jednotlivé možnosti postupu. Součástí kurzu bude jistě i zajímavá diskuze.

16.30–18.00 Členská schůze ČUS **Big Hall**

Čtvrtek 19. 10. 2017

08.15–10.00 Zahájení konference / Vyzvané přednášky **CEM**
International part of the Czech Meeting **Big Hall**
in cooperation with EAU 17th CEM (Lectures and discussions in English)
 Předsedající/Chairs: M. Babjuk (Prague, CZ), M. Hora (Pilsen, CZ),
 F. Montorsi (Milan, IT), J. Sonksen (Herlev, DK)

8.15–8.35 Welcome by CUS and EAU executive **20 min.**
 M. Babjuk (Prague, CZ), M. Hora (Pilsen, CZ), F. Montorsi (Milan, IT)

8.35–8.45 Winner of the Young Urologist competition EAU 16th CEM in Vienna 2016 **10 min.**
Minimally invasive radical cystectomy: Are we ready for the prime time?
 A. Leminski (Szczecin, PL)

8.45–9.00 EAU Lecture I **15 min.**
Clinically relevant questions in the surgical management of prostate cancer
 F. Montorsi (Milan, IT)

9.00–9.15 Laparoscopic repair of female genitourinary fistulas **15 min.**
 A. Abdel-Karim (Alexandria, EG)

9.15–9.30 Lecture of young Czech urologist **15 min.**
The role of surgery in the management of locally advanced and regionally metastatic bladder cancer
 M. Staník (Brno, CZ)

Behind frontiers of urology

9.30–9.45 Cancer statistics in urology **15 min.**
 L. Dušek (Brno, CZ)

9.45–10.00 Hereditary renal tumours in light of WHO 2016 pathological classification and crucial knowledge of clinical practice **15 min.**
 O. Hes (Pilsen, CZ)

10.00–10.15 Coffee break

10.15–11.45 Přímý přenos – Operace litiáza **Big Hall**
Live surgery – Urolithiasis – PCNL, F-URS and ECIRS
(from České Budějovice Hospital)

Operatéři/ Surgeons: A. Petřík (České Budějovice, CZ), T. Ůrge (Pilsen, CZ)
 Předsedající/Chairs: E. Bres-Niewada (Warsaw, PL), E. Holman (Kiskunhalas, HU),
 M. Král (Olomouc, CZ), I. Minčík (Prešov, SK)
 Moderátor: E. Havránek (London, GB) at České Budějovice Hospital

11.45–12.30 Satelitní sympozium Astellas/ Industry sponsored session **Big Hall**
(in Czech language)

mCPRC: Odhalme ho včas

Moderátor: M. Hora

PSA progrese?

O. Čapoun

Management léčby LHRH

V. Študent

Co nám říká definice (m)CRPC?

R. Soumarová

mCRPC léčba: Je o sekvenci...

J. Katolická

12.15–13.30 Lunch (take away)

12.30–13.15 Satelitní sympozium Ipsen (in Czech language) **Big Hall**
Současné možnosti léčby uroonkologických pacientů

Předsedající: J. Doležel

Zahájení sympozia

J. Doležel

GnRH analoga jako backbone terapie v hormonální léčbě karcinomu prostaty

T. Svoboda

	Kabozantinib v léčbě pacientů s renálním karcinomem J. Katolická	
	Ukončení sympozia J. Doležel	
12.45–13.30	I. Video and Andrology session of EAU 17th CEM Chairs: P. Laurinc (Žilina, SK), V. Študent (Olomouc, CZ), P. Tenke (Budapest, HU)	CEM Sál Conferenza
	Video/ poster session 1 (abstracts V1–V4; 1–4)	
12.30–13.30	II. Interesting cases from urological practice Chairs: C. Gingu (Bucharest, RO), M. Rauchenwald (Vienna, AT), R. Zachoal (Prague, CZ)	CEM Sál Bellevue
	Poster session 2 (abstracts 39–52)	
13.30–15.00	III. Tumour development and promising biomarkers in prostate and renal cancers Chairs: T. A. Drewa (Bydgoszcz, PL), S. Shariat (Vienna, AT), Š. Veselý (Prague, CZ)	CEM Big Hall
13.30–13.40	Tips for a successful career in research S. Shariat (Vienna, AT)	10 min.
13.40–13.50	Role of scientific urological journals in education and research in 21st century T.A. Drewa (Bydgoszcz, PL)	10 min.
13.50–15.00	Poster session 3 (abstracts 5-21)	70 min.
13.30–15.00	Nádory prostaty Předsedající: L. Jarolím, O. Čapoun	ČUS Sál Conferenza
CZ01	Stanovení homogenního a heterogenního PHI a porovnání efektivity markerů v diagnostice karcinomu prostaty: prospektivní studie Bořecká K. ¹ , Záleský M. ² , Stejskal J. ² , Adamcová V. ² , Zachoal R. ² , Štěpánková V. ¹ ¹ Oddělení klinické biochemie Thomayerovy nemocnice, Praha ² Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha	DP
CZ02	Diagnostika karcinomu prostaty – PI-RADS vs3 – praktické zkušenosti Hanzlíková P. ¹ , Pavlosek T. ^{2,3} ¹ MR oddělení Sagena, s. r. o., Frýdek-Místek ² Urologická ambulance Sagena, s. r. o., Frýdek-Místek ³ Urologické oddělení Nemocnice Frýdek-Místek	DP
CZ03	První zkušenosti a výsledky s využitím softwarové fúze 3 T MRI a transrektální ultrasonografie při cílené biopsii prostaty Vavřík T. ¹ , Dolejšová O. ¹ , Svobodová H. ¹ , Mrkos D. ¹ , Ferda J. ² , Kastner J. ² , Topolčan O. ³ , Fuchsová R. ³ , Hes O. ⁴ , Hora M. ¹ ¹ Urologická klinika, FN Plzeň ² Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň ³ Oddělení imunochemické diagnostiky, FN Plzeň ⁴ Šiklův ústav patologie, FN Plzeň	DP
CZ04	Porovnání detekce signifikantního a nesignifikantního karcinomu pomocí systematické a cílené fúzní MRI/TRUS biopsie prostaty Záleský M. ¹ , Stejskal J. ¹ , Minárik I. ² , Koldová M. ² , Votrubová J. ³ , Babjuk M. ² , Zachoal R. ¹ ¹ Urologické oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha ² Urologická klinika, FN Motol, Praha ³ Radiologické oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha	DP

Vysvětlivky zkratk:

DP – diskutovaný poster, NP – nediskutovaný poster, Vi – video

CZ05	Srovnání efektivity detekce karcinomu prostaty při použití elastografie v reálném čase a klasické systematické biopsie prostaty Čermák A. ¹ , Pacík D. ¹ , Hep A. ² , Vít V. ¹ ¹ Urologická klinika FN Brno a LF MU, Brno ² Interní gastroenterologická klinika FN Brno a LF MU, Brno	DP
CZ06	Karcinóm prostaty – aktívne sledovanie (active surveillance). Súbor 95 pacientov Holba J. ¹ , Sokol R. ¹ , Kohútek P. ² , Lukáč M. ² ¹ Privátna urologická ambulancia, s. r. o., Trenčín, Slovensko ² Urologické oddelenie FN Trenčín, Slovensko	NP
CZ07	Robotická radikální prostatektomie – onkologické a funkční výsledky u 2 000 operací Kočárek J. ^{1,2} , Chmelík F. ¹ , Heráček J. ^{1,2} , Matějková M. ¹ , Čermák M. ¹ ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN Praha ² 1. LF UK Praha	DP
CZ08	Robotická radikální prostatektomie – časné komplikace u 2 000 operací Heráček J. ^{1,2} , Chmelík F. ¹ , Matějková M. ¹ , Juhasz A. ¹ , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	DP
CZ09	Zkušenosti z prvních 200 robotem asistovaných radikálních prostatektomií a porovnání s laparoskopickým přístupem Brodák M., Košina J., Balík M., Holub L., Hušek P., Pacovský J. Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové	DP
CZ10	Robotická radikální prostatektomie u pacientů s prostatou o hmotnosti ≥100 gramů Heráček J. ^{1,2} , Chmelík F. ¹ , Matějková M. ¹ , Hoření E. ¹ , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	NP
CZ11	Robotická radikální prostatektomie u pacientů po Holmium-laserové enukleaci prostaty Chmelík F. ¹ , Heráček J. ^{1,2} , Hoření E. ¹ , Čermák M. ¹ , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	Vi
CZ12	Stereotaktická protonová radioterapie nížce a středně rizikového karcinomu prostaty – průběžné hodnocení výsledků Novotný T. ¹ , Lukeš M. ¹ , Slávková S. ² , Vítek P. ² , Ondrová B. ² , Dědečková K. ² , Vondráček V. ² , Kubeš J. ² ¹ Urosanté – urologické a andrologické centrum, Praha ² Proton Therapy Center, Praha	DP
CZ13	Nové možnosti léčby metastatického hormonálně senzitivního karcinomu prostaty Matoušková M. ^{1,2} , Donátová Z. ² , Büchler T. ² , Králová V. ¹ ¹ Urocentrum, Praha ² Onkologická klinika FTN a 1. LF UK, Praha	DP
CZ14	Vysoká hladina PSA po provedené radikální prostatektomii bez prokázaného reziduálního nádoru nebo diseminace Brodák M., Košina J., Balík M., Holub L., Hušek P., Pacovský J. Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové	NP
CZ15	Překvapivý nález lymfomu z plášťových buněk při radikální retropubické prostatektomii Sorkač Kubolková A. ¹ , Pacík D. ¹ , Vít V. ¹ , Plevová M. ¹ , Tvrdíková E. ² ¹ Urologická klinika, FN Brno, LF MU, Brno ² Ústav patologie, FN Brno, LF MU, Brno	NP

Vysvětlivky zkratk:

DP – diskutovaný poster, NP – nediskutovaný poster, Vi – video

13.30–15.00	IV. Reconstructive urology and paediatric urology Chairs: H-C. Klingler (Vienna, AT), R. Kočvara (Prague, CZ), I. Tomašković (Zagreb, HR)	CEM Sál Bellevue
13.30–13.40	Urethroplasty for urethral stricture O. Dolejšová (Pilsen, CZ)	10 min.
13.40–13.50	Hypospadias repair M. Skrzypczyk (Warsaw, PL)	10 min.
13.50–15.00	Poster session 4 (abstracts 22–38)	70 min.
15.00–16.00	EAU Session Chairs: M. Babjuk (Prague, CZ), P. Chlosta (Cracow, PL), S. Shariat (Vienna, AT)	CEM Big Hall
15.00–15.30	ESU Lecture Diagnosis and management of complications after radical cystectomy M. Brausi (Modena, IT)	30 min.
15.30–15.45	YAU Lecture Young Academic Urologists Working Party: An example of how to build a successful research network? E. Xylinas (Paris, FR)	
15.45–16.00	EAU Lecture II Urological procedures in the treatment of male infertility: Techniques and indications J. Sonksen (Herlev, DK)	15 min.
16.00–16.15	Coffee break	
16.15–17.45	V. The diagnosis of prostate cancer Chairs: T. Hudolin (Zagreb, HR), F. Montorsi (Milan, IT), P. Nyirady (Budapest, HU)	CEM Big Hall
16.15–16.25	Can we better indicate patients for prostate biopsy? L. Nyk (Warsaw, PL)	10 min.
16.25–16.35	Modern approaches to prostate cancer biopsy Š. Kudláčková (Olomouc, CZ)	10 min.
16.35–17.45	Poster session 5 (abstracts 53–69)	70 min.
16.15–17.45	Onkourologie Předsedající: J. Doležel, M. Král	ČUS Sál Conferenza
	CZ16 Peroperační a onkologické výsledky robotických resekcí ledvin Hoření E. ¹ , Musa N. ¹ , Heráček J. ^{1,2} , Drlík P. ¹ , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	DP
	CZ17 Parciální nefrektomie – vztah positivity resekcí k recidivě nádoru Musilová H. ¹ , Staněk R. ¹ , Šupík J. ² ¹ Urologické oddělení, Slezská nemocnice v Opavě p. o., Opava ² Onkologická ambulance, Sdružené zdravotnické zařízení Krnov p. o., Krnov	DP
	CZ18 Endoskopická resekce nádoru ledviny stadia pT1b Musa N. ¹ , Hoření E. ¹ , Heráček J. ^{1,2} , Pacigová D. ¹ , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	NP
	CZ19 Řešení světlouňového renálního karcinomu s intrakaválním trombem – zkušenosti jednoho centra Moláček J. ¹ , Třeška V. ¹ , Čertík B. ¹ , Čechura M. ¹ , Hora M. ² ¹ Chirurgická klinika FN v Plzni ² Urologická klinika FN v Plzni	DP

Vysvětlivky zkratk:

DP – diskutovaný poster, NP – nediskutovaný poster, Vi – video

CZ20	Laparoskopické urologické operace u pacientů s von Hippel-Lindau syndromem	DP
	Novák K. ¹ , Macek P. ¹ , Pešíl M. ¹ , Hanuš T. ¹ , Zelinka T. ² ¹ Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha ² 3. Interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha	
CZ21	Nepoznaný RCC v dárcovské ledvině	NP
	Navrátil P. ¹ , Leško M. ² , Šercl M. ³ , Navrátil P. st. ¹ ¹ Urologická klinika FN, Hradec Králové ² Chirurgická klinika FN, Hradec Králové ³ Radiologická klinika FN, Hradec Králové	
CZ22	Metastáza renálního karcinomu do jazyka jako raritní lokalizace metastázy	NP
	Gašparík J., Vašínska J. Urologické oddělení, Nemocnice Znojmo	
CZ23	Maligní tumor ledvin dětského věku u dospělého pacienta	NP
	Tomášek J., Navrátil P. st., Vachata S., Brodák M. Urologická klinika FN, Hradec Králové	
CZ24	Multidisciplinárny prístup u dieťaťa s Wilmsovým nádorom a trombózou renálnej žily a dolnej dutej žily	NP
	Molčan J. ^{1,2} , Baláž V. ¹ , Janek J. ³ , Koreň R. ² , Bician P. ⁴ , Galóvová N. ⁵ ¹ II. Urologická klinika SZU, FNŠP, Banská Bystrica ² Klinika detskej chirurgie SZU, DFNSP, Banská Bystrica ³ Oddelenie cievnej chirurgie, FNŠP, Banská Bystrica ⁴ Klinika pediatrickej onkológie a hematológie SZU, DFNSP, Banská Bystrica ⁵ Oddelenie detskej onkológie a hematológie, DFN, Košice	
CZ25	Morbus von Hippel-Lindau: Urologická dispenzarizace zachraňuje život	NP
	Plevová M., Pacík D., Vít V. Urologická klinika FN Brno a LF MU Brno	
CZ26	Reno-alimentární píštěl v aneuryzmatu po resekci ledviny	NP
	Šťastná Bedrnová K. ¹ , Vítů V. ¹ , Zahálka M. ² ¹ Urologické oddělení Nemocnice Pelhřimov ² Chirurgické oddělení Nemocnice Pelhřimov	
CZ27	Prográdní „enbloc“ resekce močového měchýře – technika provedení	Vi
	Staněk R. ¹ , Kokoř T. ¹ , Sehnánková E. ² ¹ Urologie Slezská nemocnice Opava ² Patologie Slezská nemocnice Opava	
CZ28	Vyhodnocení četnosti high-risk tumorů močového měchýře u pacientů po endoskopické léčbě	DP
	Skoták H., Král M., Študent V. Urologická klinika FN, Olomouc	
CZ29	Neoadjuvantní chemoterapie u pacientů s invazivními nádory močového měchýře	DP
	Žemla P. Urologická klinika FN, Olomouc	
CZ30	Morbidita a mortalita totální exenterace pánve. Výsledky z terciárního centra ve Velké Británii	DP
	Hrbáček J., Sangar V., Lau M.W., Ramani V.C., Christopoulos P., O'Dwyer S., Renehan A., Wilson M., Fulford P., Aziz O., Selvasekar C., Slade R., Winter-Roach B., Smith M., Clarke N.W. The Christie NHS Foundation Trust, Department of Surgery, Manchester, Velká Británie	
CZ31	Výhody Airseal systému při robotických výkonech	DP
	Juhász A. ¹ , Hoření E. ¹ , Pacigová D. ¹ , Čermák M. ¹ , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	
CZ32	Využití indocyaninové zeleně při robotických výkonech	DP
	Pacigová D. ¹ , Čermák M. ¹ , Juhász Á. ¹ , Heráček J. ^{1,2} , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	

Vysvětlivky zkratk:

DP – diskutovaný poster, NP – nediskutovaný poster, Vi – video

CZ33	Laparoskopická resekce zalomeného konduitu a korekce parastomální kýly po laparoskopické radikální cystektomii – video	Vi
	Balík M. ¹ , Sotona O. ² ¹ Urologická klinika FN, Hradec Králové ² Chirurgická klinika FN, Hradec Králové	
CZ34	Kazuistika vzácného mucinózního adenokarcinomu uretry a možnosti jeho chirurgického řešení	NP
	Bartáková L. ¹ , Adamcová V. ¹ , Záleský M. ¹ , Levý M. ² , Zachoval R. ^{1,3} ¹ Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha ² Chirurgická klinika Thomayerovy nemocnice, Praha ³ Urologická klinika 1. a 3. LF UK, Praha	
CZ35	Nediferencovaný sarkom retroperitonea – kazuistika	NP
	Čapka D. ¹ , Mašková V. ¹ , Kolombo I. ¹ , Klézl P. ¹ , Nencka P. ¹ , Štanc O. ¹ , Richterová R. ¹ , Hruška M. ¹ , Šonský J. ¹ , Gregušová A. ¹ , Šach J. ² , Michal M. ³ ¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha ² Ústav patologie 3. LF UK a FNKV, Praha ³ Šiklův ústav patologie LF UK a FNP, Plzeň	
16.15–17.45	VI. Female urology and voiding dysfunctions Chairs: D. Bratus (Maribor, SL), J. Krhut (Ostrava, CZ), J. Sonksen (Herlev, DK)	CEM Sál Bellevue
16.15–16.25	The role of neuromodulation and neurostimulation G. Kiss (Innsbruck, AT)	10 min.
16.25–16.35	Work-up in patients with male LUTS J. Švihra Sr. (Martin, SK)	10 min.
16.35–17.45	Poster session 6 (abstracts 70–85)	70 min.

Pátek 20. 10. 2017

8.45–10.15	Young Urologist Competition Chairs: M. Babjuk (Prague, CZ), M. Sedelaar (Nijmegen, NL), J. Sonksen (Herlev, DK) (7 minutes per lecture + 3 minutes discussion) Young Urologists	Sekce CEM Sál Conferenza
	Lichen Sclerosus, from skin disorder to penile cancer A. Dick (Bucharest, RO)	
	Long-term outcome of pediatric renal transplantation in boys with posterior urethral valves D. Hebenstreit (Vienna, AT)	
	Cost-benefit analysis of the introduction of mpMRI guided biopsies in Croatia I. Pezelj (Zagreb, HR)	
	New partial nephrectomy training model available to everyone D.P. Sarlós (Pécs, HU)	
	Male incontinence – are all surgical tools congruent M. Skrzypczyk (Warsaw, PL)	
	Role of mpMRI/TRUS fusion in current diagnostic algorithm of prostate cancer J. Stejskal (Prague, CZ)	
	Health-related quality of life in patients with prostate cancer J. Švihra Jr. (Martin, SK)	
	Laparoscopic living donor nephrectomy – our experience M. Taskovska (Ljubljana, SL)	
	Judges M. Babjuk (Prague, CZ), D. Bratus (Maribor, SL), P. Chlosta (Cracow, PL), I. Minčík (Prešov, SK), H-C. Klingler (Vienna, AT), M. Sedelaar (Nijmegen, NL), I. Sinescu (Bucharest, RO), J. Sonksen (Herlev, DK), P. Tenke (Budapest, HU), I. Tomaskovic (Zagreb, HR)	

Vysvětlivky zkratk:

DP – diskutovaný poster, NP – nediskutovaný poster, Vi – video

10.15–11.45	VII. The treatment of prostate cancer Chairs: P. Chlosta (Cracow, PL), G. Glück (Bucharest, RO), M.S. Remzi (Vienna, AT)	CEM Big Hall
10.15–10.25	Where is the future of radical prostatectomy? M. Rebek (Maribor, SL)	10 min.
10.25–10.35	Focal therapies – myth or reality? H-C. Klingler (Vienna, AT)	10 min.
10.35–11.45	Poster session 7 (abstracts 86–100)	70 min.
10.15–11.45	Andrologie, inkontinence Předsedající: L. Zámečník, J. Ženíšek	ČUS Sál Conferenza
CZ36	Soubor nemocných operovaných pro podezření na torzi varlete Novák I., Hurtová M. Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové	DP
CZ37	Komplikácie dlhodobej liečby s testosterónom. Účinky na kostnú dreň, polyglobúlia Levčíková M. ¹ , Fillo J. ² , Luha J. ³ , Breza J. ² , Dúbravický J. ² , Kováčová E. ⁴ ¹ Univerzitná nemocnica Bratislava Urologické oddelenie Petržalka ² Univerzitná nemocnica Bratislava Urologická klinika Kramáre ³ Katedra Biologie a Genetiky LFUK, Bratislava ⁴ Univerzitná nemocnica Bratislava I. Interná klinika LF UK, Bratislava	DP
CZ38	Vztah kouření a kardiovaskulárního rizika u mužů s erektilní dysfunkcí v české populaci Zámečník L. ^{1,2} , Novák J. ^{3,4} , Urbanec J. ⁵ , Bittner L. ^{2,6} , Šrámková T. ^{1,7} , Hradec T. ¹ , Hanuš T. ^{1,8} , Králíková E. ^{9,10} ¹ Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha ² Isca IVF, Praha ³ Urologické oddělení Oblastní nemocnice Kladno, a. s. ⁴ TH klinika, s. r. o., Praha ⁵ 1. lékařská fakulta UK, Praha ⁶ Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha ⁷ Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha ⁸ Katedra urologie IPVZ, Praha ⁹ Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK, Praha ¹⁰ Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha	DP
CZ39	Penoskrotální přístup při implantaci inflatibilních penilních protéz Bittner L. ^{1,2} , Zámečník L. ^{2,3} ¹ Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha ² Isca, Praha ³ Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha	Vi
CZ40	Naše první zkušenosti s robotickou varikokektomií Čermák M. ¹ , Heráček J. ^{1,2} , Chmelík F. ¹ , Sobotka V. ¹ , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	Vi
CZ41	Akutní stavy – trauma penisu Krechlerová M., Pochylá P., Hulová M. Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně	NP
CZ42	Léčba erektilní dysfunkce pomocí aplikace alprostadilu ve formě krému – první zkušenosti Broul M. ^{1,2} , Schraml J. ¹ , Skála P. ¹ ¹ Klinika urologie a robotické chirurgie MN, Ústí nad Labem ² Sexuologické oddělení MN, Ústí nad Labem	DP
CZ43	Naše zkušenosti s vazektomiou po 1 500 zrealizovaných výkonoch Sokol R., Holba J., Sokol J. Privátna urologická ambulancia, s. r. o., Trenčín	DP

Vysvětlivky zkratk:

DP – diskutovaný poster, NP – nediskutovaný poster, Vi – video

CZ44	Účinnost a bezpečnost mirabegronu v léčbě neurogení detruzorové hyperaktivity – prospektivní, randomizovaná, dvojité zaslepená, placebem kontrovaná studie Krhut J. ¹ , Borovička V. ² , Bílková K. ³ , Sýkora R. ¹ , Míka D. ¹ , Mokříš J. ² , Zachoval R. ² ¹ Urologické oddělení Fakultní nemocnice, Ostrava ² Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha ³ Spinální jednotka, Rehabilitační ústav, Kladruby	DP
CZ45	Dlouhodobé výsledky léčby hyperaktivního močového měchýře mirabegronem v různých věkových skupinách – výsledky studie Miracle II Zachoval R. ¹ , Martan A. ² , Krhut J. ³ , Švábík K. ² , Hanuš T. ⁴ , Horčíčka L. ⁵ , Halaška M. ⁶ ¹ Urologické oddělení, Thomayerova nemocnice a Urologická klinika, 1. a 3. LF UK, Praha ² Gynekologicko-porodnická klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha ³ Urologické oddělení Fakultní nemocnice, Ostrava ⁴ Urologická klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha ⁵ Gynekologické ambulantní zařízení GONA, Praha ⁶ Gynekologicko-porodnická klinika, Nemocnice Na Bulovce a 1. LF UK, Praha	DP
CZ46	M-LUTS u pacientů s diagnostikovaným karcinomem prostaty před radikální prostatektomií Burešová E., Vidlář A., Seifriedová Z., Študent V. jr., Študent V. Urologická klinika FN, Olomouc	DP
CZ47	Korelace závažnosti inkontinence a kvality života u žen Krhut J. ¹ , Gärtner M. ² , Mokříš J. ³ , Horčíčka L. ⁴ , Švábík K. ⁵ , Zachoval R. ³ , Martan A. ⁵ ¹ Urologické oddělení FN, Ostrava ² Gynekologicko-porodnická klinika LF OU a FN, Ostrava ³ Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha ⁴ Urogynekologická ambulance GONA, Praha ⁵ Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha	DP
CZ48	První zkušenosti se sakrální neuromodulací stimulátoru INTERSTIM II u pacientky s hypoaktivním močovým měchýřem Havlová K., Rejchrt M. Urologická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha	NP
10.15–11.45	VIII. Renal cancer and penile diseases Chairs: J. Dobruch (Warsaw, PL), M. Hora (Pilsen, CZ), I. Sinescu (Bucharest, RO)	CEM Sál Bellevue
10.15–10.25	How I do it: Nephron sparing surgery F. Bagheri (Dubai, AE)	10 min.
10.25–10.35	PeIN – penile intraepithelial neoplasia M. Hora (Pilsen, CZ)	10 min.
10.35–11.45	Poster session 8 (abstracts 101–115)	70 min.
11.45–12.45	Industry sponsored session (in English)	CEM Big Hall
12.45–13.00	Lunch (take away)	
13.00–15.00	IX. Urothelial tumours, urinary tract infections and andrology Chairs: M. Babjuk (Prague, CZ), M. Burger (Regensburg, DE), V. Jinga (Bucharest, RO)	CEM Sál Bellevue
13.00–13.10	How to perform a good TURB including a role of cytology A. Kolodziej (Wroclaw, PL)	10 min.
13.10–13.20	Immunotherapy for bladder cancer: History and future G. Glück (Bucharest, RO)	10 min.
13.20–15.00	Poster session 9 (abstracts 116–138)	100 min.
13.00–15.00	X. Stones Chairs: E. Havranek (London, UK), I. Minčík (Prešov, SK), A. Petřík (České Budějovice, CZ)	CEM Big Hall

Vysvětlivky zkratk:

DP – diskutovaný poster, NP – nediskutovaný poster, Vi – video

13.00–13.10	Is there still a place for metaphylaxy? A. Szendrői (Budapest, HU)	10 min.
13.10–13.20	Endoscopic management of nephrolithiasis R. Constantiniu (Bucharest, RO)	10 min.
13.20–15.00	Poster session 10 (abstracts 139–161)	100 min.
13.00–15.00	Varia Předsedající: R. Zachoval, J. Košina, J. Mečl	ČUS Sál Conferenza
CZ49	Inkompletní dorzální zdvojení uretry u chlapce, kazuistika Kuliaček P. ^{1,2} , Novák I. ¹ ¹ Oddělení dětské urologie, Urologická klinika FN, Hradec Králové ² Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN, Hradec Králové	NP
CZ50	Laparoskopická rekonstrukce iatrogenní léze močovodu Schmidt M., Novák V., Marešová K., Veselý Š., Babjuk M. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	Vi
CZ51	Wallstent při řešení striktury močovodu Košina J., Holub L., Brodák M. Urologická klinika FN, Hradec Králové	NP
CZ52	Plastika proximálního ureteru s využitím bukálního štěpu Míka D. ^{1,2} , Havránek O. ^{1,2} , Vašík J. ¹ , Krhut J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení FN Ostrava Poruba ² Katedra chirurgických oborů Ostravské univerzity, Ostrava	NP
CZ53	Implantace ureterálního wall-stentu jako řešení iatrogenní striktury Holub L., Košina J., Hušek P., Pacovský J., Špaček J., Brodák M. Urologická klinika LF a FN Hradec Králové	NP
CZ54	Extra-anatomický stent jako alternativa nefrostomie Košina J., Balík M., Hušek P., Brodák M. Urologická klinika FN, Hradec Králové	Vi
CZ55	Zavedení bulbárního uretrálního samoexpandibilního stentu Allium Kepič P. ¹ , Veselý R. ¹ , Arzouni R. ² ¹ Vojenská nemocnice, Olomouc ² Urologická ambulance, Uničov	NP
CZ56	Ureteroskopická extrakce suspektního zástřelu levé ledviny Schmidt M., Minárik I., Havlová K., Veselý Š., Babjuk M. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha	Vi
CZ57	Kombinované řešení pouřazového kompletního uzávěru bulbární uretry Drlík P. ^{1,2} , Čermák M. ¹ , Hoření E. ¹ , Heráček J. ^{1,2} , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	Vi
CZ58	Laparoskopická sutura iatrogenní intraperitoneální perforace močového měchýře – video Balík M., Brodák M. Urologická klinika FN, Hradec Králové	Vi
CZ59	Endoskopické řešení objemné polypoidní ureteritidy jako příčiny ureterohydronefrózy Drlík P. ^{1,2} , Čermák M. ¹ , Heráček J. ^{1,2} , Pacigová D. ¹ , Kočárek J. ^{1,2} ¹ Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha ² Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha	Vi
CZ60	Leiomyom močového měchýře jako náhodný nález při ultrazvukovém vyšetření gravidní pacientky Dukátová K., Zachoval R., Záleský M. Urologická klinika, Thomayerova nemocnice, 1. a 3. LF UK, Praha	NP

CZ61	Hluboká infiltrující endometrióza postihující uropoetický trakt	DP
	Klézl P. ¹ , Drahoňovský J. ² , Halaška M. ³ , Klečka J. ¹ , Mašková V. ¹ , Nencka P. ¹ , Šonský J. ¹ , Hruška M. ¹ , Čapka D. ¹ , Gregušová A. ¹ , Hanáček J. ² , Charvát M. ³ , Grill R. ¹ ¹ Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha ² Ústav pro péči o matku a dítě a 3. LF UK, Praha ³ Gynekologicko-porodnická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha	
CZ62	Co se stane s ledvinou po podvazu levé renální žíly?	DP
	Kaplan O. ¹ , Köhler O. ¹ , Belej K. ¹ , Štádl P. ² , Vitásek P. ² ¹ Oddělení všeobecné chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha ² Oddělení cévní chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha	
CZ63	Mondorova choroba penisu – soubor pacientů z našeho pracoviště	DP
	Ladman J. ¹ , Koch M. ² , Bulínová R. ² , Miniberger M. ³ ¹ Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s. ² Urologické oddělení, Nemocnice Písek, a. s. ³ Radiodiagnostické oddělení, Nemocnice Písek, a. s.	
CZ64	Laparoskopická pyeloplastika u pacientky s pelvis duplex – kazuistika	NP
	Čapka D., Nencka P., Klézl P. Urologická klinika 3. LF UK v Praze a FNKV, Praha	
CZ65	HoLEP: srovnání holmiových laserů Lumenis, Sfinx a Auriga XL	DP
	Kohler O., Kaplan O., Belej K. Oddělení všeobecné chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha	
CZ66	Vliv denzity a velikosti nefrolitiázy na výsledek flexibilní ureterorenoskopie s lasertrypsi konkrementu	DP
	Štrajtová I., Dančík P., Kuldán R. Urologické oddělení Městské nemocnice Ostrava, Ostrava	
CZ67	HPV infekce v ordinaci urologa	DP
	Matoušková M. ¹ , Tachezi R. ² , Králová V. ¹ , Verner P. ¹ , Šourková D. ¹ ¹ Urocentrum, Praha ² NRL pro papilomaviry, Praha	
15.00–15.25	Award session for Best Poster Presentation and Young urologist competition	ČUS + CEM Big Hall
	Chairs: M. Babjuk (Prague, CZ), M. Hora (Pilsen, CZ), J. Sonksen (Herlev, DK)	
15.25–15.30	Closing remarks	ČUS + CEM Big Hall

Vysvětlivky zkratk:

DP – diskutovaný poster, NP – nediskutovaný poster, Vi – video

PROGRAM – SESTERSKÁ SEKCE

Čtvrtek 19. 10. 2017

08.15–10.15	Sesterská sekce Předsedající: Stránský P., Kožíšková Z., Drápelová B.	ČUS Sál Conferenza
S01	Urologie včera a dnes Kožíšková Z., Urbánková J. FN Plzeň	5 min.
S02	Infekce močových cest Subá M., Židková L. Urologie Krajská nemocnice Liberec a.s.	5 min.
S03	Prevence infekcí močových cest spojených s poskytováním zdravotní péče z pohledu ošetrovatelské péče Krocová J. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, ZČU v Plzni	5 min.
S04	Naše zkušenosti s hidradenitis suppuratura Voráčková J., Lukešová J., Drápelová B. Urologická klinika FN Plzeň	5 min.
S05	Intravezikální terapie BCG vakcínou Matuškovičová H., Ryšavá I. Urologie KNL a.s.	5 min.
S06	Význam pravidelných proplachů močového měchýře u pacientů s dlouhodobě zavedeným permanentním katétre Kyrianová A. Spinální jednotka, Krajská nemocnice Liberec	5 min.
S07	Acute pain service-management akutní pooperační bolesti ve FN Ostrava Baumová I., Cetkovská D. Urologie FN Ostrava	5 min.
S08	Využití podtlakové terapie při léčbě sekundárně hojící se rány Nováčková P., Máchová H. Urologie FN, Ostrava	5 min.
S09	Historie instrumentálních metod v endourologii Kordulová P., Portelová L. Urologická klinika FNKV, Praha	5 min.
S10	PEK z pohledu anestezie Koutová N., Střešková P. KARIM FN Plzeň	5 min.
S11	PEK (Perkutánní Extrakce Konkrementu) z pohledu perioperační péče Drápelová B., Voráčková J., Borsiczka M. Urologická klinika, FN Plzeň	5 min.
S12	ECIRS Borsiczka M., Jánská H. Urologická klinika FN, Plzeň	
S13	Neobvyklé experimenty končící na operačním stole, kazuistiky Ryšavá I., Matuškovičová H. Urologie KNL a.s.	5 min.
S14	Urologické roboticky asistované výkony v ÚVN Praha Dvorská P., Heclová R. ÚVN Praha	5 min.
S15	Roboticky asistovaná radikální prostatektomie ve FN Hradec Králové Šmejkalová L. ¹ , Sotonová V. ¹ , Balík M. ² ¹ OCSS FN Hradec Králové ² Urologická klinika FN, Hradec Králové	5 min.

S16 Zkušenosti z prvního roku robotického centra FN Hradec Králové

Sotonová V., Šmejkalová L., Valentová H., Bártová O.
OCSS FN, Hradec Králové

15.00–16.00 Sesterská sekce**Seminář pro všeobecné sestry pod záštitou Aesculap akademie**

**ČUS
Sál
Conferenza**

**Předoperační příprava pacienta
(hygienická doporučení pro urologické oddělení)**

L. Hobzová
Fakultní nemocnice Hradec Králové

**Péče o zavedený močový katétr a možnosti využití
proplachového systému – výsledky studie**

A. Kyriánová
Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Intermitentní močová katetrizace

I. Baumová
Fakultní nemocnice Ostrava

Urostomik – od teorie k činům

I. Ryšavá
Krajská nemocnice Liberec, a.s.

PROGRAM POSTEROVÉ SEKCE CEM

Thursday 19 October

12.45–13.30 Video and Andrology session of EAU 17th CEM Poster Session 1

Conferenza room

V1 Laparoscopic nephropexy

By: Hora M., Procházková K, Trávníček I., Dolejšová O., Pitra T., Stránský P.

Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Urology, Plzeň, Czech republic

V2 Modifications of laparoscopic ureteroneostomy

By: Macek P¹, Fanta M.², Pešl M.¹, Mara M.², Fiala V.¹, Novak K.¹, Hanus T.¹

¹General Univesity Hospital and First Medical Faculty of Charles University, Prague, Dept. of Urology, Prague 2, Czech Republic

²General Univesity Hospital and First Medical Faculty of Charles University, Prague, Dept. of Gynecology and Obstetrics, Prague 2, Czech Republic

V3 Changes in prostate tissue of the patients with hypogonadism using long term testosterone replacement therapy

By: Čermák M., Heráček J., Hoření E., Sobotka V., Kočárek J.

Military University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

V4 Laparoscopic nerve sparing extraperitoneal radical prostatectomy

By: Hora M.¹, Stránský P.¹, Ůrge T.¹, Dolejšová O.¹, Svobodová H.¹, Ferda J.², Hes O.³

¹Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Urology, Plzeň, Czech Republic

²Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Radiology, Plzeň, Czech Republic

³Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Pathology, Plzeň, Czech Republic

1 CT cavernosography and penile venousleak

By: Herwig R.¹, Weibl P.²

¹Rudolfinerhaus, Dept. of Urology, Vienna, Austria

²Landeskrankenhaus Korneuburg, Dept. of Urology, Korneuburg, Austria

2 The herbal composition Green Love® improves erectile function inpatients with erectile dysfunction: Apilot study to evaluate effectiveness and safety

By: Herwig R.¹, Greilberger J.², Greilberger M.G.³, Weibl P. W.⁴

¹Rudolfinerhaus, Dept. of Urology, Vienna, Austria

²Institute for Physiological Chemistry, Medical University Graz, Graz, Austria

³Institute of Scientific Laboratory, Schwarzl-Medical Center, Lassnitzhöhe, Austria

⁴Landeskrankenhaus Korneuburg, Dept. of Urology, Korneuburg, Austria

3 Quality of sexual life in men with life long premature ejaculation treated with dapoxetine

By: Genov P.¹, Kolev N.², Dunev V.², Stoykov B.², Vanov A.², Atanasov J.²

¹MHAT Ruse, Dept. of Urology, Ruse, Bulgaria

²UMHAT, Dept. of Urology, Pleven, Bulgaria

4 Discontinuation rate of dapoxetine in patients with life long premature ejaculation: 1-year observational study

By: Genov P.¹, Kolev N.², Dunev V.², Stoykov B.², Vanov A.², Atanasov J.²

¹MHAT Ruse, Dept. of Urology, Ruse, Bulgaria

²UMHAT „Georgi Stranski“, Dept. of Urology, Pleven, Bulgaria

12.30–13.30 Interesting cases from urological practice Poster Session 2

Conferenza room

39 Ureteroscopic extraction of extra lumenally located stone

By: Pacigová D., Čermák M., Drlík P., Heráček J., Kočárek J.

UVN Ustredni Vojenska Nemnice, Dept. of Urology, Prague, Czech republic

40 A rare clinical case of penile gangrene in a patient with chronic renal failure and diabetes mellitus

By: Vanov A.¹, Kolev N.H.¹, Stoykov B.^{1,2}, Atanasov J.A.¹

¹Medical University Hospital, Dept. of Urology, Pleven, Bulgaria

²UMHAT RUSE, Dept. of Urology, Ruse, Bulgaria

41 Case report of severe TURP syndrome using sorbitol-mannitol irrigation fluids

By: Cao J., Kannan S., Ahiaku E.K.N.

Ysbyty Gwynedd, Dept. of Urology, Bangor, United Kingdom

42 Spermatic cord liposarcoma, atypical finding in a 46-year old male patient

By: Janakova S.J., Jandejsek J.J.

Oblastni nemocnice Kolin III, Dept. of Urology, Kolin, Czech Republic

43 Hydronephrosis associated with the use of menstrual cup

By: Adedokun B.O.

Fakultni nemocnice Brno, Urologicka klinika, Brno, Czech Republic

44 Giant testicular tumor with scrotal involvement: A case report

By: Botea M.¹, Chira I.¹, Dida T.¹, Budau M.¹, Medar C.¹, Popa G.A.², Jinga V.¹

¹Spitalul Clinic, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²Medicales Clinic, Dept. of Radiology, Bucharest, Romania

45 Case report: A solitary skeletal metastase to the thumb of a silent bilateral clear cell renal cell carcinoma pT1a in a patient with a uro-oncological triplicity

By: Novák J.¹, Fišer L.¹, Jůzek R.², Lesenský J.², Špůrková Z.³, Beroušková P.⁴, Hyršl L.¹

¹Regional Hospital Kladno, Dept. of Urology, Kladno, Czech Republic

²Bulovka hospital, Dept. of Orthopedics, Prague, Czech Republic

³Bulovka hospital, Dept. of Pathology, Prague, Czech Republic

⁴Regional Hospital Kladno, Dept. of Pathology, Kladno, Czech Republic

46 Laparoscopic dissection and left side nephroureterectomy in a horseshoe kidney in patient with ureteral cancer. Case report

By: Csicsenkov P., Domjan Z.

St. John's Hospital, Dept. of Urology, Budapest, Hungary

47 The use of unconventional instruments in emergency room of urology

By: Moldoveanu M.C., Geavlete B., Georgescu D., Ene C., Stanescu F., Balan G., Bulai C., Jecu M., Geavlete P.

Saint John Emergency Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

48 Lethal postoperative complication after radical cystectomy for bladder tumour: Aortic thrombosis

By: Mirciulescu A.V.¹, Goman L.¹, Soroiu D.¹, Georgescu D.¹, Mansour M.¹, Bloju M.¹, Avel M.², Geavlete P.¹

¹Saint John Emergency Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²Saint John Emergency Clinical Hospital, Dept. of Anesthesiology and Intensive Care, Bucharest, Romania

49 Synchronous bilateral tumor of the kidneys with a different histological type

By: Perecinsky I., Mincik I., Vilcha I., Scesnak P.

NsP Presov, Dept. of Urology, Presov, Slovakia

50 Rare metastasis of urothelial cell carcinoma: A case report

By: Málik V., Pálfi Z., Tenke P.

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Dept. of Urology, Budapest, Hungary

51 Adult Wilms' tumor – a rare case

By: Beniak J.

Bulovka hospital, Urology department, Prague, Czech Republic

52 Using simulators improves the practical skills in laparoscopy of urology residents without significant difference in acquiring skills between virtual reality simulators or box trainers

By: Toma C., Sima C.S., Rascu S., Dumitrache M., Radavoi D., Badescu D., Jinga V.

Spitalul Clinic, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

**13.50–15.00 Tumour development and promising biomarkers in prostate and renal cancers
Poster Session 3 Conferenza room****5 Genetic biomarkers related with prostate cancer: New perspectives**

By: Sandu B.S.¹, Jinga V.², Dragomiristeanu I.¹, Codreanu O.¹, Nedelea S.¹, Persu C.², Radavoi D.²

¹"Prof. Dr. Theodor Burghele" Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²"Prof. Dr. Theodor Burghele" Clinical Hospital; "Carol Davila" University of medicine and pharmacy, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

6 Prostate cancer and polymorphism in IGFBP-3 gene

By: Mahmood S.¹, Dusenka R.², Dusenkova S.², Petras M.¹, Luptak J.², Halasova E.¹, Kliment J.²

¹Jessenius Faculty of Medicine, Dept. of Molecular Medicine, Martin, Slovakia

²Jessenius Faculty of Medicine, Dept. of Urology, Martin, Slovakia

7 Correlation between the rate of oxidative stress and the presence of prostate cancer

By: Novak V.¹, Chmatalova Z.², Duskova K.¹, Do Carmo Silva J.¹, Vesely S.¹, Babjuk M.¹

¹FN Motol, Urology department, Prague, Czech Republic

²FN Motol, Department of medical chemistry and clinical biochemistry, Prague, Czech Republic

8 The role of EN2 (Engrailed-2) in urine as a prostate cancer biomarker

By: Do Carmo Silva J.¹, Vesely S.¹, Novak V.¹, Luksanova H.², Prusa R.², Babjuk M.¹

¹University Hospital of Motol and the second Faculty of Medicine Charles University in Prague, Urology department, Prague, Czech Republic

²University Hospital of Motol and the second Faculty of Medicine Charles University in Prague, Department of Medical Chemistry and Clinical Biochemistry, Prague, Czech Republic

9 Non-invasive assessment of AR-V7 expression in patients diagnosed with castration-resistant prostate cancer

By: Baluchova K.¹, Elias B.², Kliment Jr. J.², Luptak J.², Kliment J.²

¹Comenius University in Bratislava, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Biomedical Center Martin, Division of Oncology, Martin, Slovakia

²Comenius University in Bratislava, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Martin University Hospital, Dept. of Urology, Martin, Slovakia

10 The role of interleukin-6 promoter: 174 polymorphism in prostate cancer development

By: Jurečeková J.¹, Drobková H.², Šarlinová M.¹, Babušíková E.³, Kliment J.², Halašová E.¹

¹Comenius University in Bratislava, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Biomedical Center Martin, Dept. of Molecular medicine, Martin, Slovakia

²Comenius University in Bratislava, Jessenius Faculty of Medicine and University Hospital Martin, Dept. of Urology, Martin, Slovakia

³Comenius University in Bratislava, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Dept. of Medical Biochemistry, Martin, Slovakia

11 Large-scale genetic study identifies new susceptibility loci associated with prostate cancer

By: Sandu B.S.¹, Jinga V.², Rascu S.², Dragomiristeanu I.¹, Nedelea S.¹, Persu C.², Radavoi D.²

¹"Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²"Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital; "Carol Davila" University of medicine and pharmacy, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

12 Fractal synthesis and automated evaluation of prostate carcinomas

By: Waliszewski P.

Lahn-Dill Clinics, Dept. of Urology, Dillenburg, Germany

13 Impact of body mass index on PSA values in a population-based study

By: Rosoga D.G.¹, Petca R.C.¹, Varzescu F.², Diaconescu D.², Braticevici B.¹, Jinga V.¹

¹University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²Burghel Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

14 Drug-eluting biopsy needle as a novel strategy for antimicrobial prophylaxis in transrectal prostate biopsy

By: Sieczkowski M.J.¹, Gibas A.², Wasik A.³, Kot-Wasik A.³, Piechowicz L.⁴, Namieśnik J.³, Matuszewski M.²

¹Gdansk Institute of Urology, Gdansk, Poland

²Medical University of Gdansk, Dept. of Urology, Gdansk, Poland

³Gdansk University of Technology, Dept. of Analytical Chemistry, Gdansk, Poland

⁴Medical University of Gdansk, Dept. of Microbiology, Gdansk, Poland

15 Molecular and therapeutic aspects of advanced urachal cancer

By: Modos O.¹, Keresztes D.¹, Nyirády P.¹, Szendrői A.¹, Tímár J.², Szász A.M.², Reis H.³, Niedworok C.⁴, Hadaschik B.⁴, Hollósi P.⁵, Baghy K.⁵, Kovalszky I.⁵, Okon K.⁶, Golabek T.⁶, Chlosta P.⁶, Shariat S.F.⁷, Peyronnet B.⁸, Mathieu R.⁸, Ablat J.⁹, Black P.⁹, Szarvas T.¹

¹Semmelweis University, Dept. of Urology / Urooncological Center, Budapest, Hungary

²Semmelweis University, 2nd Department of Pathology, Budapest, Hungary

³University of Duisburg-Essen, Institute of Pathology, Essen, Germany

⁴University of Duisburg-Essen, Institute of Urology, Essen, Germany

⁵Semmelweis University, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Budapest, Hungary

⁶Jagiellonian University, Dept. of Urology, Krakow, Poland

⁷University of Vienna, Dept. of Urology, Vienna, Austria

⁸Rennes University Hospital, Dept. of Urology, Rennes, France

⁹Vancouver Prostate Centre, University of British Columbia, Vancouver, Canada

16 Polymorphism of gene PAPP-A C/G SNP (rs13290387) and Cys327Cys SNP (rs12375498) in patients with renal cell carcinoma

By: Čechová M.¹, Koldová M.¹, Schmidt M.¹, Babjuk M.¹, Kalousová M.², Zima T.², Jáchymová M.², Chocholatý M.³

¹2nd Faculty of Medicine – Charles University and University Hospital Motol, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Institute of Medical Biochemistry and Laboratory Diagnostics, Prague, Czech Republic

³University Hospital, Dept. of Urology, Trenčín, Slovakia

17 Determination of serum level of PAPP-A in patients with clear cell renal cell carcinoma

By: Čechová M.¹, Koldová M.¹, Schmidt M.¹, Babjuk M.¹, Kalousová M.², Zima T.², Chocholatý M.³

¹2nd Faculty of Medicine, Charles University and University Hospital Motol, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic,

²1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Institute of Medical Biochemistry and Laboratory Diagnostics, Prague, Czech Republic

³University Hospital, Dept. of Urology, Trenčín, Slovakia

18 The importance of serum vitamin D and parameters of calcium-phosphate metabolism in renal cell carcinoma

By: Sobotka R.¹, Čapoun O.Č.², Hanuš T.², Kalousová M.³, Zima T.³, Soukup V.²

¹1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²Charles University, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

³Charles University, Institute of Medical Biochemistry and Laboratory Diagnostics, Prague, Czech Republic

19 Urinary let-7 miRNAs as possible diagnostic biomarkers of renal cancer

By: Fedorko M.¹, Juracek J.², Pacik D.¹, Slaby O.²

¹University Hospital, Masaryk University, Dept. of Urology, Brno, Czech Republic

²Masaryk University, CEITEC, Brno, Czech Republic

20 Placental growth factor – a biomarker for diagnosis, follow-up and prognosis in renal cell cancer

By: Chocholatý M.¹, Čechová M.C.², Babjuk M.B.², Havlová K.H.², Koldová M.K.², Schmidt M.S.², Kalousová M.K.³, Zima T.Z.³

¹University Hospital, Dept. of Urology, Trenčín, Slovakia

²Second Faculty of Medicine, Charles University in Prague and University Hospital Motol, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

³First Faculty of Medicine Charles University and General University Hospital, Institute of Medical Biochemistry and Laboratory Diagnostics, Prague, Czech Republic

21 High expression of E-cadherin and β -catenin is associated with development of metastases and predicts worse survival in renal cell carcinoma with invasion of the vena cava

By: Otto W.¹, Vergho D.², Kalogirou C.², Prohaska S.¹, Weber F.³, Evert M.³, Burger M.¹, Denzinger S.¹, Kübler H.^{2,1}

¹University of Regensburg – Caritas St. Josef Medical Centre, Dept. of Urology At Caritas St. Josef Medical Center, Regensburg, Germany

²University of Wuerzburg, Dept. of Urology, Wuerzburg, Germany

³University of Regensburg, Institute of Pathology, Regensburg, Germany

**13.50–15.00 Reconstructive and paediatric urology
Poster Session 4**

Bellevue room

22 Spongiosa saving anastomotic urethroplasty

By: Vařová Z., Kočvara R., Sedláček J., Sobotka R., Drlík M., Hanuš T.

¹1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Dept. of Urology, Prague 2, Czech Republic

23 Treatment of veil-like urethral strictures through internal urethrotomy after bulbar urethroplasty

By: Predoiu G.¹, Voinescu V.^{2,1}, Popescu R.², Petca A.³, Medar C.⁴, Danau R.¹, Braticevici B.¹, Jinga V.¹

¹University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghele" Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²Burghele Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

³University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Dept. of Obstetrics and Gynecology, Bucharest, Romania

⁴University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghele" Clinical Hospital, Dept. of Radiology, Bucharest, Romania

24 Surgical treatment of hidradenitis suppurativa of genitofemoral area, description of four cases

By: Trávníček I.¹, Dolejš M.², Dolejšová O.¹, Janda V.¹, Sviták M.², Pizinger K.³, Hora M.¹

¹Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Urology, Pilsen, Czech Republic

²Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Plastic and Reconstructive Surgery, Pilsen, Czech Republic

³Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Dermatology, Pilsen, Czech Republic

25 Use of unmeshed split-thickness skin grafts in patients with paraffinoma of male genitalia

By: Kolev N.H.^{1,2}, Stoykov B.A.¹, Rachev I.P.³, Tonchev P.T.³, Vanov A.¹, Atanasov J.A.¹

¹Medical University Hospital, Dept. of Urology, Pleven, Bulgaria

²UMHAT RUSE, Dept. of Urology, Ruse, Bulgaria

³Medical University Hospital, Dept. of Burns and Plastic Surgery, Pleven, Bulgaria

26 Orthoplasty, an important part of the hypospadias cripple repair

By: Gingu C.¹, Dick A.¹, Crasneanu M.¹, Baston C.¹, Himedan O.¹, Ianiotescu S.¹, Andresanu A.¹, Mihancea A.¹, Domnisor L.², Sinescu I.¹

¹Fundeni Clinical Institute, Center for Urology and Renal Transplantation, Bucharest, Romania

²Fundeni Clinical Institute, ICU, Bucharest, Romania

27 Surgical treatment of vesicovaginal fistulas

By: Hanuš T., Plincelnerová L., Vařová Z., Zámečník L.

General Teaching Hospital and First Faculty of Medicine, Charles University, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

28 Andrological outcome of microsurgical varicocelectomy in children and adolescents according to age and type of surgery: Prospective randomised study

By: Vařová Z.¹, Kočvara R.¹, Sedláček J.¹, Drlík M.¹, Dítě Z.¹, Zvěřina J.², Hanuš T.¹, Běláček J.³

¹1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Dept. of Urology, Prague 2, Czech Republic

²1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Institution of Sexuology, Prague 2, Czech Republic

³1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Department of Education, Prague 2, Czech Republic

29 Transvesical laparoscopic bladder diverticulectomy

By: Fehér Á.M., Bajory Z.

Szegedi Tudományegyetem, Urológiai Klinika, Szeged, Hungary

30 Laparoscopic reconstructions of duplex kidney anomalies in children – 33 consecutive procedures

By: Sedláček J., Kočvara R., Drlík M., Vařová Z., Dítě Z., Hanuš T.

Charles University, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

31 Laparoscopic adrenalectomy: Twenty-years experience

By: Novak K.¹, Macek P.¹, Pesl M.¹, Valova Z.¹, Hradec T.¹, Hanus T.¹, Widimsky J.², Zelinka T.², Krsek M.², Strauch B.², Holaj R.²

¹1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, 3rd Medical Department, Prague, Czech Republic

32 Ultrasound findings in children undergoing surgery during infancy for ureteropelvic junction obstruction with split renal function over 40 % – long-term results

By: Šarapatka J., Šmakal O., Študent V.

University Hospital Olomouc, Dept. of Urology, Olomouc, Czech Republic

33 Retrospective study of the efficacy of manual detorsion of the spermatic cord in a pediatric population

By: Schneider A., Sapin E., Cormier L.

CHU Dijon, Dept. of Urology, Dijon, France

34 Flexible ureterorenoscopy as a new, feasible and safe possibility of treating nephrolithiasis in children – prospective study

By: Halinski A., Haliński A.

University of Zielona Góra, Clinical Dept. of Paediatric Surgery and Urology, Zielona Gora, Poland

35 A 25-years experience of stone treatment in pediatric patients: The current trends in University Hospital Olomouc

By: Kral M., Vrana J., Sarapatka J., Smakal O., Student V.

University Hospital Olomouc, Dept. of Urology, Olomouc, Czech Republic

36 Thrombotic events detected at urology department – 10 years experience

By: Benyó M., Fedor M., Murányi M., Kiss Z., Molnár Z., Flaskó T.

University of Debrecen, Dept. of Urology, Debrecen, Hungary

37 A case report of the first documented patient with Zinner syndrome in Hungary

By: Gáti Z., Pálfi Z., Tenke P.

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Dept. of Urology, Budapest, Hungary

38 Sedentary occupation and lack of regular sports activities as a predisposing factors for chronic pelvic pain syndrome in men

By: Dybowski B., Białek Ł., Ostrach M., Potytała P., Poletajew S., Radziszewski P.

Medical University of Warsaw, Dept. of Urology, Warsaw, Poland

**16.35–17.45 The diagnosis of prostate cancer
Poster Session 5****Big Hall****53 Nomograms for the diagnosis of significant prostate cancer in the systematic prostate biopsy**

By: Čapoun O., Sobotka R., Bernard O., Hanuš T., Soukup V.

1st Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

54 The impact of prostate specific antigen density and prostate health index assessment for prediction of prostate cancer in prostate biopsy

By: Fiala V.¹, Čapoun O.¹, Soukup V.¹, Novák V.², Stejskal J.³, Záleský M.³, Eret V.⁴, Svobodová H.⁴, Dolejšová O.⁴, Veselý Š.²

¹General Teaching Hospital and 1st Faculty of Medicine, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²Motol University Hospital and 2nd Faculty of Medicine, Charles University, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

³Thomayer Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

⁴University Hospital, Dept. of Urology, Pilsen, Czech Republic

55 PHI (Prostate Health Index) as a predictor of positive biopsy in prostate cancer:**Results from multicentric study**

By: Dolejšová O.¹, Eret V.², Svobodová H.², Topolčan O.³, Fuchsová R.³, Hes O.⁴,
Novák V.⁵, Fiala V.⁶, Čapoun O.⁶, Stejskal J.⁷, Záleský M.⁷, Veselý Š.⁵, Hora M.²

¹Teaching Hospital and Faculty of Medicine in Pilsen, Department of Urology, Pilsen, Czech Republic

²Teaching Hospital and Faculty of Medicine in Pilsen, Dept. of Urology, Pilsen, Czech Republic

³Teaching Hospital and Faculty of Medicine in Pilsen, Dept. of Immunochemistry, Pilsen, Czech Republic

⁴Teaching Hospital and Faculty of Medicine in Pilsen, Dept. of Pathology, Pilsen, Czech Republic

⁵University Hospital Motol, 2nd Faculty of Medicine, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

⁶General Teaching Hospital in Prague, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

⁷Thomayer Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

56 The predictive value of PHI versus PIRADS in mpMRI targeted prostate biopsy

By: Stejskal J.¹, Záleský M.¹, Bořecká K.², Novák V.³, Fiala V.⁴, Čapoun O.⁴, Dolejšová O.⁵,
Eret V.⁵, Zachoal R.¹, Veselý Š.³

¹Thomayerova Nemocnice, Urologické Oddělení, Praha 4 – Krc, Czech Republic

²Thomayer Hospital, Dept. of Clinical Biochemistry, Prague, Czech Republic

³Motol University Hospital, Prague, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

⁴General University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

⁵University Hospital in Pilsen, Dept. of Urology, Pilsen, Czech Republic

57 MRI as a triage test in prostate cancer diagnostic algorithm: Prospective study

By: Jašková V.¹, Záleský M.², Stejskal J.², Minárik I.³, Koldová M.³, Pavličko A.⁴, Votrubová J.⁴,
Matěj R.⁵, Babjuk M.³, Zachoal R.²

¹Thomayerova Nemocnice, Dept. of Urology, Prague 4 – Krc, Czech Republic

²Thomayerova Nemocnice, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

³Fakultní nemocnice Motol, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

⁴Thomayerova Nemocnice, Dept. of Radiology, Prague, Czech Republic

⁵Thomayerova Nemocnice, Dept. of Pathology, Prague, Czech Republic

58 Cognitive TRUS-MRI fusion prostate biopsy – useful tool for prostate cancer detection

By: Musil J., Jandejsek J.

Oblastní nemocnice Kolín, Dept. of Urology, Kolín, Czech Republic

59 Contribution of MRI fusion in patients indicated for the prostate rebiopsy

By: Minárik I., Koldová M., Babjuk M.

Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

60 Multiparametric 3T magnetic resonance imaging – transrectal ultrasonography fusion software-based targeted biopsy of prostate – single center experiences and results

By: Svobodová H.¹, Vavřík T.¹, Dolejšová O.¹, Mrkos D.¹, Ferda J.², Kastner J.²,
Topolčan O.³, Fuchsová R.³, Hes O.⁴, Hora M.¹

¹Faculty Hospital, Dept. of Urology, Pilsen, Czech Republic

²Faculty Hospital, Dept. of Radiology, Pilsen, Czech Republic

³Faculty Hospital, Dept. of Immunochemical Diagnostics, Pilsen, Czech Republic

⁴Faculty Hospital, Dept. of Pathology, Pilsen, Czech Republic

61 First experiences with technical fusion biopsy in an outpatient unit in Austria

By: Lyatoshinsky P.¹, Gabassova S.¹, Ladstätter V.¹, Horvath-Mechtler B.², Kozak W.¹

¹Ambulatory Center of Urology, Dept. of Urology, Vienna, Austria

²MED22, Dept. of Radiology, Vienna, Austria

62 Does MRI-TRUS fusion increase the detection rate of prostate cancer in primary biopsy setting in patients with PSA ≤ 20ng/ml?

By: Minárik I.¹, Koldová M.², Babjuk M.²

¹Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague 5, Czech Republic

63 Predictive factors of detection of prostate cancer in radical prostatectomy specimens for purposes of the Bank of Biological Materials

By: Plincelnerová L.¹, Čapoun O.¹, Bauerová L.², Bennett R.², Macek P.¹, Novák K.¹, Soukup V.¹, Pešíl M.¹, Hanuš T.¹

¹General Teaching Hospital and First Faculty of Medicine, Charles University, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²General Teaching Hospital and First Faculty of Medicine, Charles University, Dept. of Pathology, Prague, Czech Republic

64 PSA density and Prostate Health Index density are the strongest biomarker – related predictors of prostate cancer recurrence after radical prostatectomy

By: Novak V.¹, Luksanova H.², Prusa R.², Capoun O.³, Fiala V.³, Dolejšova O.⁴, Eret V.⁴, Stejskal J.⁵, Zalesky M.⁵, Vesely S.¹

¹FN Motol, Urology department, Prague, Czech Republic

²FN Motol, Department of medical chemistry and clinical biochemistry, Prague, Czech Republic

³General University Hospital, Urology department, Prague, Czech Republic

⁴University Hospital Pilsen, Urology department, Prague, Czech Republic

⁵Thomayer Hospital, Urology department, Prague, Czech Republic

65 Clinical utility of different kallikrein markers in the follow-up of patients after radical prostatectomy

By: Vesely S.¹, Do Carmo Silva J.¹, Novak V.¹, Luksanova H.², Prusa R.³, Babjuk M.¹

¹Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²Charles University 2nd Faculty of Medicine University Hospital Motol, Dept. of Medical Chemistry and Clinical Biochemistry, Prague, Czech Republic

³Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Medical Chemistry and Clinical Biochemistry, Prague, Czech Republic

66 18F-cholin PET MRI (fusion of positron emission tomography and magnetic resonance imaging (PET/MRI) and extensive pelvic lymph node dissection (LND) in high-risk prostate cancer. Role of prostate health index in indication of PET MRI and LND

By: Svobodová H.¹, Dolejšová O.¹, Ferda J.², Baxa J.², Hes O.³, Topolčan O.⁴, Fuchsová R.⁴, Hora M.¹

¹Faculty Hospital, Dept. of Urology, Pilsen, Czech Republic

²Faculty Hospital, Dept. of Radiology, Pilsen, Czech Republic

³Faculty Hospital, Dept. of Pathology, Pilsen, Czech Republic

⁴Faculty Hospital, Dept. of Immunochemical Diagnostics, Pilsen, Czech Republic

67 The role of multiparametric MRI in active surveillance of prostate carcinoma

By: Kudlackova S., Král M.K., Tüdös Z.T., Hruška F.H.

Faculty Hospital Olomouc, Dept. of Urology, Olomouc, Czech Republic

68 68Ga-PSMA 11 ligand PET/CT and PET/MRI in patients with biochemical recurrence after definitive treatment for clinically non-metastatic prostate cancer – detection and impact on therapeutic management

By: Grubmüller B.¹, Baltzer P.², D'Andrea D.¹, Korn S.¹, Haug A.R.², Hacker M.², Grubmüller K.H.³,

Goldner G.M.⁴, Seitz C.¹, Fajkovic H.¹, Susani M.⁵, Mazal P.⁵, Kramer G.¹, Shariat S.F.¹, Hartenbach M.²

¹Vienna General Hospital, Medical University of Vienna, Dept. of Urology, Vienna, Austria

²Vienna General Hospital, Medical University of Vienna, Dept. of Biomedical Imaging and Image Guided Therapy, Vienna, Austria

³University Clinical Center Krems, Karl Landsteiner Private University, Dept. of Urology, Krems, Austria

⁴Vienna General Hospital, Medical University of Vienna, Dept. of Radiation Oncology, Vienna, Austria

⁵Vienna General Hospital, Medical University of Vienna, Dept. of Pathology, Vienna, Austria

69 Prostate cancer patients monitoring in Romania – study undergone by the Romanian Association of Urology

By: Glück G., Sinescu I.

Fundeni Clinical Institute, Center of Urological Surgery Dialysis and Renal Transplantation, Bucharest, Romania

16.35–17.45 Female urology and voiding dysfunctions**Poster Session 6****Bellevue room****70 How reliable is the pad test for quantifying urinary incontinence?**

By: Persu C., Radavoi D., Chirca N., Jinga V.
Spitalul Clinic, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

71 Tension-free mid-urethral sling surgery for stress urinary incontinence: Complications and management

By: Nechifor-Boila I.A., Ghirca V., Martha O., Chibeleian C.
University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Urology, Targu Mures, Romania

72 Pressure flow study after failed suburethral sling procedure for SUI

By: Dida T., Sandu B., Jinga V.
Spitalul Clinic, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

73 Influence of urinary incontinence on the sexual activity in obese women with reproductive problems

By: Genov P.P.^{1,2}
¹Medical University Hospital, Dept. of Urology, Pleven, Bulgaria
²Medical Center Clinical Institute for Reproductive Medicine "St. Elissaveta" – Pleven, Bulgaria, Dept. of Gynecology, Pleven, Bulgaria

74 Treatment of postprostatotomy urinary incontinence with adjustable transobturator system

By: Buresova E., Student V., Vidlar A., Student Jr. V.
University Hospital Olomouc, Dept. of Urology, Olomouc, Czech Republic

75 The experiences with the surgical treatment of severe stress urinary incontinence in male with the implantation of artificial urethral sphincter ZSI 375

By: Licak L., Mincik I.
FNsP J.A, Dept. of Urology, Presov, Slovakia

76 Comparison of two artificial urinary sphincters for the treatment of male urinary incontinence

By: Sujecki D.¹, Skrzypczyk M.A.², Dobruch J.²
¹Centre of Postgraduate Medical Education, Dept. of Urology, Warsaw, Poland
²Centre of Postgraduate Medical Education, Dept. of Urology, Warsaw, Poland

77 Complications and their surgical solutions after anti-incontinence operations in males

By: Romics M., Bánfi G., Keszthelyi A., Nyirády P., Majoros A.
Semmelweis University, Dept. of Urology, Budapest, Hungary

78 Incidence of lower urinary tract dysfunctions in diabetic patients placed on the waiting list for a combined kidney and pancreas transplantation and their relationship to the severity of diabetes mellitus

By: Mokriš J.¹, Zchoval R.², Ridzon P.³, Lovasova V.⁴, Koznarova R.⁵
¹Thomayerova Nemocnice, Dept. of Urology, Praha 4 – Krč, Czech Republic
²Thomayerova Nemocnice, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic
³Thomayerova Nemocnice, Dept. of Neurology, Prague, Czech Republic
⁴Institute for Clinical and Experimental Medicine, Dept. of Transplant Surgery, Prague, Czech Republic
⁵Institute for Clinical and Experimental Medicine, Dept. of Diabetology, Prague, Czech Republic

79 The modulation of urinary bladder smooth muscle contractility by changes in activity of calcium – sensitive and calcium – operated ion channels

By: Kocmalova M.^{1,2}, Franova S.¹, Svihra, Sr J.², Kliment, Sr J.^{2,2}, Sutovska M.¹
¹Jessenius Faculty of Medicine, Comenius University, Pharmacology and BioMed, Martin, Slovakia
²Jessenius Faculty of Medicine, Comenius University, Dept. of Urology, Martin, Slovakia

80 Effect of the autonomic nervous system on the clinical course of idiopathic overactive bladder

By: Dekhtiar Y.

81 The place of bladder wall thickness measurement in the evaluation protocol of the neurogenic bladder patient

By: Persu C., Radavoi D., Chirca N., Dida T.G., Jinga V.
Spitalul Clinic, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

82 Growth factors in neurogenic lower urinary tract dysfunction

By: Pokusa M.¹, Trančíková A.¹, Švihra Sr. J.², Kollárik M.³, Dušenka R.², Lupták J.², Tatár M.³

¹Biomedical Center Martin Jessenius Faculty of Medicine in Martin Comenius University Bratislava, Department of neurosciences in pathophysiology, Martin, Slovakia

²Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Comenius University Bratislava, Dept. of Urology, Martin, Slovakia

³Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Comenius University Bratislava, Dept. of Pathological Physiology, Martin, Slovakia

83 Evaluation of urological infections in patients with multiple sclerosis – a prospective study

By: Varga G.¹, Klebanová S.¹, Flídrová P.¹, Wasserbauer R.¹, Praksová P.², Pacík D.¹, Adedokun B.¹

¹University Hospital, Masaryk University, Dept. of Urology, Brno, Czech Republic,

²University Hospital, Masaryk University, Dept. of Neurology, Brno, Czech Republic

84 The management of the high PVR patient: A single center experience

By: Radavoi D.², Chirca N.^{2,2}, Jinga V.²

¹Umf Carol Davila Bucuresti, Dept. of Urology Th Burghel Hospital, Bucharest, Romania

²Spitalul Clinic, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

85 Suprapubic prostatectomy, indication still present in surgical treatment of BPH

By: Constantinescu M.E.¹, Georgescu D.², Geavlete B.², Arabagiu I.², Multescu R.²,

Alexandrescu E.², Iordache V.², Ene A.², Stan M.², Geavlete P.²

¹Saint John Clinical Emergency Hospital, Bucharest, Romania

²Saint John Clinical Emergency Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

Friday 20 October**10.35–11.45 The treatment of prostate cancer
Poster Session 7****Big Hall****86 Radical prostatectomy in high and highest risk prostate cancer. Is it worth it?**

By: Kowalski F.¹, Wilamowski J.¹, Kubik P.¹, Ostrowski A.¹, Tyloch D.¹, Bryczkowski M.¹, Baranowski A.², Adamczyk P.², Mikołajczak W.², Drewa T.¹

¹University Hospital Jurasz, Dept. of Urology, Bydgoszcz, Poland

²Nicolaus Copernicus Specialist Municipal Hospital, Dept. of Urology, Toruń, Poland

87 Long-term biochemical disease free survival following open and robot-assisted radical prostatectomy: A 7-year single institution experience

By: Študent V., Hruška F., Šarapatka J., Hartmann I., Grepl M., Vidlář A., Študent V.

University Hospital Olomouc, Dept. of Urology, Olomouc, Czech Republic

88 Oncologic impact of cumulative smoking exposure in patients treated with salvage radical prostatectomy for radiation-recurrent prostate cancer

By: Mari A.¹, Abufaraj M.², Foerster B.², Özsoy M.², Briganti A.³, Roupřet M.⁴, Karakiewicz P.I.⁵, Mathieu R.^{6,2}, Chade D.C.⁷, Shariat S.F.²

¹Comprehensive Cancer Center, Medical University of Vienna, Dept. of Urology, Florence, Italy

²Comprehensive Cancer Center, Medical University of Vienna, Dept. of Urology, Vienna, Austria

³Urological Research Institute, Vita-Salute University, San Raffaele Scientific Institute, Dept. of Urology, Milan, Italy

⁴Pitié-Salpêtrière, Assistance-Publique Hôpitaux De Paris and Faculté De Médecine Pierre Et Marie Cur, Dept. of Urology, Paris, France

⁵University of Montreal, Dept. of Urology, Montreal, Quebec, Canada

⁶Rennes University Hospital, Dept. of Urology, Rennes, France

⁷University of Sao Paulo Medical School and Institute of Cancer, Dept. of Urology, São Paulo, Brazil

89 Laparoscopic radical prostatectomy without ligation of Santorini's plexus – relation of prostate volume and blood loss

By: Kuffel B.¹, Kowalski F.², Ostrowski A.², Wilamowski J.², Warsiński P.², Bryczkowski M.², Baranowski A.³, Adamczyk P.³, Mikołajczak W.³, Smyk E.⁴, Drewa T.²

¹University Hospital Jurasz, Department of Urology, Bydgoszcz, Poland

²University Hospital Jurasz, Dept. of Urology, Bydgoszcz, Poland

³Nicolaus Copernicus Hospital, Dept. of Urology, Toruń, Poland

⁴UTP University of Science and Technology, Dept. of Technology, Bydgoszcz, Poland

90 The impact of previous surgery for BPH on radical prostatectomy

By: Gingu C.¹, Andresanu A.¹, Dick A.¹, Crasneanu M.¹, Ianiotescu S.¹, Mihancea A.¹, Orezanu A.¹, Dudu C.¹, Baston C.¹, Domnisor L.², Sinescu I.¹

¹Fundeni Clinical Institute, Center for Urology and Renal Transplantation, Bucharest, Romania

²Fundeni Clinical Institute, ICU, Bucharest, Romania

91 Sentinel lymph node dissection in prostate cancer using superparamagnetic particles of iron oxide: Early clinical experience

By: Stanik M.¹, Macík D.¹, Čapák I.¹, Marečková N.¹, Lžíčařova E.², Doležel J.¹

¹Masaryk Memorial Cancer Institute, Dept. of Urology, Brno, Czech Republic

²Masaryk Memorial Cancer Institute, Dept. of Oncological and Experimental Pathology, Brno, Czech Republic

92 Safety of laparoscopic radical cystectomy in clinical T⁴ very high risk prostate cancer patients

By: Ostrowski A.¹, Kadlubowski M.², Tyloch D.¹, Kowalski F.¹, Wilamowski J.¹, Bryczkowski M.¹, Brygman P.², Adamczyk P.², Mikołajczyk W.², Drewa T.A.¹

¹University Hospital of Nicolaus Copernicus, Dept. of General and Oncologic Urology, Bydgoszcz, Poland

²Nicolaus Copernicus Hospital, Dept. of Urology, Torun, Poland

93 Anastomotic strictures after robot-assisted and open radical prostatectomy

By: Študent V., Hruška F., Šarapatka J., Hartmann I., Grepl M., Vidlář A., Študent V.

University Hospital Olomouc, Dept. of Urology, Olomouc, Czech Republic

94 Lymphocele after radical prostatectomy

By: Zurkowska E., Vilcha I., Mincik I.

NsP Presov, Dept. of Urology, Presov, Slovakia

95 Five year experiences with robotic radical prostatectomy and ureteral lesions

By: Juhász A.¹, Hoření E.¹, Matějková M.¹, Heráček J.², Kočárek J.¹

¹Military University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²First Faculty of Medicine, Charles University, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

96 Patient reported quality of life and urinary incontinence after radical prostatectomy

By: Aurelian J., Ionescu V., Petca R., Radavoi D., Badescu D., Ambert V., Jinga V.

University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

97 Basic sexual function of patients candidates for bilateral nerve-sparing radical retropubic prostatectomy

By: Kolev N.H., Kotsev R.P., Dunev V.R., Al-Shargabi F., Vanov A., Atanasov J.A.

Medical University Hospital, Dept. of Urology, Plevna, Bulgaria

98 Erectile function and overall satisfaction 12 months after radical retropubic prostatectomy

By: Kolev N.H.¹, Kotsev R.P.¹, Al-Shargabi F.A.¹, Dunev V.R.¹, Vanov A.¹, Atanasov J.A.¹, Tonchev P.T.²

¹Medical University Hospital, Dept. of Urology, Plevna, Bulgaria

²Medical University Hospital, Dept. of Surgery, Plevna, Bulgaria

99 Penile low-intensity extracorporeal shockwave therapy or phosphodiesterase type-5 inhibitors in the treatment of postprostatectomy erectile dysfunction

By: Kolev N.H.², Dunev V.R.², Vanov A.², Atanasov J.A.², Koleva M.I.^{3,2}

¹Medical University Hospital, Dept. of Urology, Plevna, Bulgaria

²Medical University Hospital, Dept. of Urology, Plevna, Bulgaria

³Clinic Physiomed, Dept. of Physiotherapy, Plevna, Bulgaria

100 Inflatable penile prosthesis implantation with scrotal kinesiology taping – novel approach to postoperative scrotal swelling prevention

By: Bittner L.¹, Zámečník L.²

¹University Hospital Kralovske Vinohrady, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²General Faculty Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

10.35–11.45 Renal cancer and penile diseases
Poster Session 8

Bellevue room

101 Impact of MRI on classification of cystic renal lesions: Is MRI helpful in Bosniak IIF and Bosniak III categories?

By: Pitra T.¹, Pivovarcikova K.², Tupy R.³, Prochazkova K.⁴, Klatte T.⁵, Ostachowski M.⁶, Chlosta P.⁶, Hes O.², Hora M.⁴

¹Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Urologická Klinika, Plzeň, Czech Republic

²Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Pathology, Plzeň, Czech Republic

³Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Radiology, Plzeň, Czech Republic

⁴Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Urology, Plzeň, Czech Republic

⁵Medical University of Vienna, Austria, Dept. of Urology, Vienna, Austria

⁶Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland, Dept. of Urology, Krakow, Poland

102 Cystic morphology on imaging methods might predict a relative indolent behavior of papillary renal cell carcinoma

By: Procházková K.¹, Mírka H.², Trávníček I.³, Pitra T.³, Roušarová M.⁴, Hošek P.⁵, Bajcurová K.², Ferda J.², Staehler M.⁶, Hes O.⁷, Hora M.³

¹Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Urology, Plzeň, Czech Republic

²Charles University, Dept. of Imaging Methods, Plzeň, Czech Republic

³Charles University, Dept. of Urology, Plzeň, Czech Republic

⁴Charles University, Czech National Oncological Register, Plzeň, Czech Republic

⁵Charles University, Biomedical Center, Plzeň, Czech Republic

⁶Ludwig-Maximilians University, Dept. of Urology, Munich, Germany

⁷Charles University, Dept. of Pathology, Plzeň, Czech Republic

103 Use of diffusion-weighted and dynamic contrast-enhanced MRI to differentiate histological subtypes of renal tumors.

By: Havlová K.¹, Chocholatý M.¹, Lisý J.², Schmidt M.¹, Veselý Š.¹, Babjuk M.¹

¹Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague 5, Czech Republic

²Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Radiology, Prague, Czech Republic

104 Complex quality assessment (trifecta and pentafecta) of laparoscopic partial nephrectomies

By: Macek P.¹, Stevens M.², Novak K.¹, Pezl M.¹, Fiala V.¹, Plincelnerova L.¹, Bauerova L.³, Hanus T.²

¹General University Hospital and First Medical Faculty of Charles University, Prague, Dept. of Urology, Prague 2, Czech Republic

²General University Hospital and First Medical Faculty of Charles University, Prague, Dept. of Urology, Prague 2, Czech Republic

³General University Hospital and First Medical Faculty of Charles University, Prague, Institute of Pathology, Prague 2, Czech Republic

105 Comparison between open and laparoscopic partial nephrectomy for cT1 renal masses

By: Diaconescu D.¹, Varzescu F.¹, Rosoga G.¹, Bengus F.¹, Calin C.¹, Chira I.¹, Danau R.², Petca R.C.², Jinga V.², Braticevici B.²

¹Burghele Clinical Hospital, Urology, Bucharest, Romania

²University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghele" Clinical Hospital, Urology, Bucharest, Romania

106 Partial nephrectomy – the relationship between positive margins of resection and tumor recurrence

By: Musilova H.¹, Stanek R.¹, Supik J.²

¹Slezska nemocnice, Dept. of Urology, Opava, Czech Republic

²Sdruzene zdravotnicke zarizeni Krnov, Dept. of Oncology, Krnov, Czech Republic

107 Our experience with laparo-endoscopic single-site surgery (LESS) nephrectomy in clinical practice

By: Nykodýmová Š.¹, Urge T.², Dolejšova O.², Stránský P.², Travníček I.², Prochazková K.², Pitra T.², Hora M.², Hes O.³

¹Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Urologická klinika, Plzeň, Czech Republic

²Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Urology, Plzeň, Czech Republic

³Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Pathology, Plzeň, Czech Republic

108 Comparative study of P.A.D.U.A. and R.E.N.A.L. scoring system in patients undergoing retroperitoneoscopic partial nephrectomy for T1-T2 renal tumors

By: Pîrvuț M.V., Grigore N., Mihai I., Hasegan A.G.

Academic Emergency County Hospital Sibiu, Dept. of Urology, Sibiu, Romania

109 Evaluation of patients with small renal masses with high nuclear grading

By: Sonský J., Klezl P., Klecka J., Maskova V., Nencka P., Kolombo I., Grill R.

University Hospital Kralovske Vinohrady, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

110 Partial metastasectomy improves overcome in combination with targeted therapy in good or intermediate prognosis metastatic kidney cancer

By: Borisov P.¹, Orlova R.V.², Schkolnick M.I.³

¹St. Petersburg Clinical Oncological Dispensary, Dept. of Urology, Saint-Petersburg, Russia

²St. Petersburg Clinical Oncological Dispensary, Dept. of Clinical Oncology, Saint-Petersburg, Russia

³Russian Research Center for Radiology and Surgical Technologies Federal Agency of High Medical Care, Dept. of Urology, Saint-Petersburg, Russia

111 Renal artery pseudoaneurysm following robotic-assisted partial nephrectomy: Case report

By: Hoření E., Čermák M., Heráček J., Chmelík F., Kočárek J.

Military University Hospital, Dept. of Urology, Prague 6, Czech Republic

112 18-FDG PET-MRI in diagnostics of penile cancer, first experience

By: Travníček I.¹, Nykodýmová Š.¹, Pivovarčíková K.², Michalová K.², Ferda J.³, Mrázková P.³, Hora M.¹

¹Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Urology, Pilsen, Czech Republic

²Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Pathology, Pilsen, Czech Republic

³Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Radiology, Pilsen, Czech Republic

113 The role of sentinel lymph node diagnostics in patients with penile carcinoma

By: Nykodýmova Š.¹, Travníček I.², Hes O.³, Michal M.³, Kazakov D.³, Pizinger K.⁴, Hora M.²

¹Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Urologická klinika, Plzeň, Czech Republic

²Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Urology, Plzeň, Czech Republic

³Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Pathology, Plzeň, Czech Republic

⁴Faculty Hospital Plzeň and Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, Dept. of Dermatology and Venereology, Plzeň, Czech Republic

114 The findings gained from the application of verapamil into the plaque of patients suffering from induratio penis plastica (IPP): Morbus Peyronie

By: Broul M.¹, Schraml J.², Skala P.², Zoubek M.³

¹Krajska zdravotni a.s., Clinic of Urology and Robotic Surgery, Usti nad Labem, Czech Republic

²Krajska zdravotni a.s., Dept. of Urology and Robotic Surgery, Usti nad Labem, Czech Republic

³Krajska zdravotni a.s., Dept. of Sexual Medicine, Usti nad Labem, Czech Republic

115 Fournier gangrene – “St John” Clinical Emergency Hospital clinical case

By: Bragaru M.B., Arabagi I., Georgescu D., Iordache V., Constantinescu E., Multescu R., Geavlete B., Geavlete P.

Spitalul Clinic de Urgenta Sf. Loan, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

13.20–15.00 Urothelial tumours, urinary tract infections and andrology
Poster Session 9

Bellevue room

116 CT Cancertestis antigens CTAG1B, MAGE-A3 and STEAP are correlated with unfavourable histopathological features and strong MAGE-A3 expression is associated with worse progression-free survival in urothelial bladder cancer

By: Braun K.², Breyer J.¹, Gierth M.¹, Denzinger S.¹, Burger M.¹, Voellker H.-U.^{2,1}

¹Caritas-Krankenhaus St. Josef, Dept. of Urology, Regensburg, Germany

²Leopoldina Hospital, Dept. of Pathology, Schweinfurt, Germany

117 Low CD3+ cell count in tumour stroma is associated with worse cancer-specific survival of stage T1G3 urothelial bladder cancer

By: Otto W.¹, Hülsen S.², Lippolis E.³, Distel L.⁴, Fietkau R.⁴, Denzinger S.¹, Breyer J.¹, Burger M.¹, Ferrazzi F.³, Bertz S.², Hartmann A.², Geppert C.²

¹University of Regensburg – Caritas St. Josef Medical Centre, Dept. of Urology, Regensburg, Germany

²University of Erlangen-Nuremberg, Institute of Pathology, Erlangen, Germany

³University of Erlangen-Nuremberg, Institute of Human Genetics, Erlangen, Germany

⁴University of Erlangen-Nuremberg, Dept. of Radiation Therapy, Erlangen, Germany

118 Prediction of progression to MIBC for pT1 bladder cancer: Development of a clinical decision-making tool

By: Abufaraj M.¹, D'Andrea D.², Ristl R.³, Foerster B.¹, Seitz C.¹, Fajkovic H.¹, Rouprêt M.⁴, Karakiewicz P.⁵, Briganti A.⁶, Haitel A.⁷, Shahrokh S.¹

¹Medical University of Vienna, Dept. of Urology, Vienna, Austria

²Medizinische Universität Wien – AKH der Stadt Wien, Universitätsklinik für Urologie, Wien, Austria

³Medical University of Vienna, Dept. of Biostatistics, Vienna, Austria

⁴Pitié-Salpêtrière Hospital, APHP, University Paris VI, Dept. of Urology, Paris, France

⁵Cancer Prognostics and Health Outcomes Unit, University of Montreal Health Center, Montreal, Canada

⁶San Raffaele Scientific Institute, Urological Research Institute, Milan, Italy

⁷Medizinische Universität Wien – AKH Der Stadt Wien, Dept. of Pathology, Vienna, Austria

119 Serum level of CRP and progression of bladder cancer

By: Lepara Z.¹, Dzelaludin J.², Sadovic S.², Omerbegovic D.³, Lepra O.⁴, Spahovic H.³

¹Clinical University Center Sarajevo, Dept. of Urology, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

²University Clinical Centre Sarajevo, Urology Clinic, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

³University Clinical Centre Sarajevo, Urology Clinic, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

⁴Faculty of Medicine University Sarajevo, Dept. of Physiology, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

120 Genome-wide identification of cell-free microRNAs in urine for non-invasive detection of bladder cancer

By: Stanik M.¹, Juráček J.², Radová L.², Macík D.¹, Doležel J.¹, Slabý O.²

¹Masaryk Memorial Cancer Institute, Dept. of Urology, Brno, Czech Republic

²Masaryk University, Central European Institute of Technology, Brno, Czech Republic

121 Early detection of bladder carcinoma using flow cytometry from urine and bladder washout samples from patients undergoing TURB

By: Otavová K.¹, Koladiya A.², Hadlová P.², Řezáč J.³, Matěj R.⁴, Háček J.⁵, Babjuk M.³, Zachoval R.¹, Drbal K.²

¹Thomayer Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

²Faculty of Science, Charles University in Prague, Dept. of Cell Biology, Prague, Czech Republic

³2nd Faculty of Medicine, Charles University, Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

⁴Thomayer Hospital, Dept. of Pathology and Molecular Medicine, Prague, Czech Republic

⁵2nd Faculty of Medicine, Charles University, Motol University Hospital, Dept. of Pathology and Molecular Medicine, Prague, Czech Republic

122 Quality of transurethral resection of bladder in non-muscle-invasive bladder cancer: Single site results

By: Řezáč J., Brisuda A., Vesely S., Babjuk M.

Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

123 Intravesical thermotherapy with Mitomycin C in patients with non-muscle- invasive bladder cancer – single site results

By: Brisuda A., Kohackova K., Babjuk M.

Charles University 2nd Faculty of Medicine – Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

124 Clinically node-positive bladder cancer: Oncological results of induction chemotherapy and consolidative surgery

By: Stanik M.¹, Poprach A.², Macík D.³, Čapák I.¹, Malúšková D.⁴, Marečková N.¹, Lakomý R.², Jarkovský J.⁴, Doležel J.¹

¹Masaryk Memorial Cancer Institute, Dept. of Urology, Brno, Czech Republic

²Masaryk Memorial Cancer Institute, Dept. of Comprehensive Cancer Care, Brno, Czech Republic

³Masaryk Memorial Cancer Institute D, Dept. of Urology, Brno, Czech Republic

⁴Masaryk University, Institute of Biostatistics and Analyses, Brno, Czech Republic

125 Incidentally identified prostate cancer following radical cystoprostatectomy for bladder cancer

By: Michalides V., Zurkovska E., Mincik I.

NsP Presov, Dept. of Urology, Prešov, Slovakia

126 Identification of novel bladder carcinoma cellular populations as a biomarker of disease outcome in patients after radical cystectomy

By: Koladiya A.¹, Otavová K.², Zachoval R.², Babjuk M.³, Brisuda A.³, Háček J.⁴, Matěj R.⁵, Drbal K.⁶

¹Faculty of Science, Charles University, Dept. of Cell Biology, Prague 2, Czech Republic

²Thomayer Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

³Charles University, Motol University Hospital, Dept. of Urology, Prague, Czech Republic

⁴Charles University, Motol University Hospital, Dept. of Pathology and Molecular Medicine, Prague, Czech Republic

⁵Thomayer Hospital, Dept. of Pathology and Molecular Medicine, Prague, Czech Republic

⁶Charles University, Dept. of Cell Biology, Prague, Czech Republic

127 Comparative study between open and retroperitoneoscopic radical nephroureterectomy for upper urinary tract urothelial tumours

By: Haşegan A.G.¹, Mihai I.², Grigore N.¹, Pirvut M.V.²

¹Lucian Blaga University – Faculty of Medicine, Dept. of Urology, Sibiu, Romania,

²Academic Emergency County Hospital Sibiu, Dept. of Urology, Sibiu, Romania

128 Incidence of and risk factors for perioperative infection among patients undergoing radical cystectomy

By: Kaczmarek K., Lemiński A., Bańczas A., Zakrzewska A., Lisiński J., Wojtarowicz M., Słojewski M.

Pomeranian Medical University, Dept. of Urology and Uro-Oncology, Szczecin, Poland

129 Microbiological spectrum of orthotopic urinary reservoirs

By: Savchuk R.

Municipal Hospital, Dept. of Urology, Odessa, Ukraine

130 Semen culture in bacterial prostatitis – retrospective analysis of microbiological profile, antibiograms and clinical utility

By: Ostrowski A.¹, Banaś M.¹, Brzóška R.¹, Pawelska J.¹, Wojnowska A.¹,

Muniak D.¹, Tyloch J.¹, Kruszyńska E.², Gospodarek-Komkowska E.², Drewa T.A.¹

¹Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University, Bydgoszcz, Poland, Dept. of General and Oncologic Urology, Bydgoszcz, Poland

²Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University, Bydgoszcz, Poland, Dept. of Microbiology, Bydgoszcz, Poland

131 Statistical analysis of risk factors for C. difficile infections in patients with urological pathology

By: Petca R.C.¹, Popescu R.², Predoiu G.¹, Sandu I.¹, Danau R.¹, Petca A.³, Medar C.⁴, Braticevici B.¹, Jinga V.¹

¹University of Medicine and Pharmacy “Carol Davila”, “Prof. Dr. Theodor Burghel” Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²Burghel Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

³University of Medicine and Pharmacy “Carol Davila”, Dept. of Obstetrics and Gynecology, Bucharest, Romania

⁴University of Medicine and Pharmacy “Carol Davila”, “Prof. Dr. Theodor Burghel” Clinical Hospital, Dept. of Radiology, Bucharest, Romania

132 Clinical and pathological features of Xantogranulomatous Pyelonephritis: Single centre experience over 5 years

By: ^{1,2}, Petca A.³, Medar C.⁴, Mitrache L.⁵, Petrescu A.⁵, Predoiu G.⁶, Danau R. ⁶, Braticevici B.⁶, Jinga V.⁶

¹University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Burghel Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²Burghel Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

³University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Obstetrics and Gynecology, Bucharest, Romania

⁴University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Radiology, Bucharest, Romania

⁵Burghel Clinical Hospital, Dept. of Anatomopathology, Bucharest, Romania

⁶University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

133 Comparison of bacterial cultures from urine and catheter surface in patients with indwelling urinary catheter

By: Soós L., Magyar A., Adithyaa V.K., Nagy K., Köves B., Tenke P.

Jahn Ferenc South-Pest Teaching Hospital, Dept. of Urology, Budapest, Hungary

134 Strategies to delay the spread of antibiotic-resistant bacteria

By: Magyar A.¹, Arthanareeswaran V.K.A.¹, Alidjanov J.², Köves B.¹, Tenke P.¹

¹Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Dept. of Urology, Budapest, Hungary

²Justus-Liebig-University, Dept. of Urology, Pediatric Urology and Andrology, Giessen, Germany

135 Assessing sexual disorders among HIV-positive men who have sex with men (MSM)

By: Chirca N.¹, Sima C.¹, Persu C.¹, Săndulescu O.², Streinu-Cercel A.², Streinu-Cercel A.²

¹Clinical Hospital "Prof. Dr.Th. Burghel", UMF Carol Davila, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²National Institute of Infectious Diseases "Prof. Dr. Matei Bals", UMF Carol Davila Bucharest, Dept. of Infectious diseases, Bucharest, Romania

136 Testosterone replacement therapy (TRT) with long lasting injections and effect on bone density

By: Fillo J.¹, Levčíkova M.¹, Luha J.L.², Breza J.¹, Dúbravický J.¹

¹University Hospital, Dept. of Urology, Bratislava, Slovakia

²School of Medicine, Comenius University Bratislava, Institute of Medical Biology, Genetics and Clinical Genetics, Bratislava, Slovakia

137 Epidemiological data of Klinefelter syndrome patients in a University Andrology Centre

By: Bata A.¹, Weninger T.², Kopa Z.¹

¹Semmelweis University, Dept. of Urology, Budapest, Hungary

²Jahn Ferenc Teaching Hospital, Dept. of Urology, Budapest, Hungary

138 Evaluation of prognostic factors and determinants in surgical sperm retrieval procedures in azoospermic patients

By: Spahovic H.¹, Göktolga Ü.², Dzelaludin J.³, Göktaş C.², Rama A.²

¹University Clinical Centre Sarajevo, Urology Clinic, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

²Bahçeci BIH IVF Center, Bahçeci BIH IVF Center, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

³University Clinical Centre Sarajevo, Urology Clinic, sarajevo, Bosnia and Herzegovina

13.20–15.00 Stones

Poster Session 10

Big Hall

139 Diagnosis flexible ureteroscopy – "St. John" Clinical Hospital of Emergency experience

By: Geavlete B., Multescu R., Georgescu D., Georgescu D., Ene C., Geavlete P.A.

St. John Clinical Hospital of Emergency, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

140 Morbidity of flexible ureteroscopy depending on the model of the ureteroscope

By: Iordache V., Multescu R., Geavlete B., Georgescu D., Stan M., Geavlete P.A.

Saint John Emergency Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

141 Predictive factors for the outcome of flexible ureteroscopy

By: Mihai V.B.¹, Tanase F.¹, Buraga I.², Barbilian C.R.²

¹Colentina Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

²Colentina Hospital, ICU Department, Bucharest, Romania

142 The outcomes of the digital flexible ureteroscopy in multiple renal calculi

By: Geavlete B., Multescu R., Georgescu D., Iordache V., Ene C., Geavlete P.A.

St. John Clinical Hospital of Emergency, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

143 Flexible ureteroscopy in renal lithiasis associated with reno-ureteral abnormalities

By: Geavlete B., Multescu R., Georgescu D., Balan G., Ene C., Geavlete P.A.

Spitalul Sf. Ioan, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

144 Flexible ureteroscopy in patients with nephrolithiasis associated with autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD)

By: Georgescu D., Geavlete B., Multescu R., Ene C., Geavlete P.A.
St. John Clinical Hospital of Emergency, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

145 How can we protect flexible ureteroscope: Tips and tricks

By: Iordache V., Geavlete B., Multescu R., Geavlete P.A.
Saint John Emergency Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

146 Comparison of ureteroscopy outcomes between senior urologists and urology residents

By: Petca R.C.¹, Popescu R.², Predoiu G.³, Danau R.³, Petca A.⁴, Medar C.⁵, Jinga V.³, Braticевич B.³
¹University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania
²Burghel Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania
³University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Urology, Bucharest, Romania
⁴University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Obstetrics and Gynecology, Bucharest, Romania
⁵University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Radiology, Bucharest, Romania

147 Safety and efficacy of percutaneous nephrolithotomy in patients aged 70 or older

By: Burtea F-G.¹, Varzescu F.¹, Salaheddin Y.¹, Petca R.C.², Jinga V.², Braticевич B.²
¹Burghel Clinical Hospital, Urology, Bucharest, Romania
²University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital, Urology, Bucharest, Romania

148 The percutaneous management of caliceal diverticular calculi

By: Sima C.S., Jinga V., Badescu D.L., Radavoi D.G., Dumitrache M., Rascu A.S.C., Chirca N., Toma C.V.
Spitalul Clinic, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

149 Percutaneous nephrolithotomy in patients with kidney malformations

By: Salaheddin Y.¹, Ionita D.¹, Bengus F.¹, Petca R.C.², Predoiu G.², Petca A.³, Medar C.⁴, Braticевич B.², Jinga V.²
¹Burghel Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania
²University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania
³University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", Dept. of Obstetrics and Gynecology, Bucharest, Romania
⁴University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital, Dept. of Radiology, Bucharest, Romania

150 Colon perforations related to PNL

By: Salaheddin Y.², Predoiu G.¹, Danau R.¹, Petca A.³, Medar C.⁴, Jinga V.¹, Braticевич B.¹
¹University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital, Urology, Bucharest, Romania
²Burghel Clinical Hospital, Urology, Bucharest, Romania
³University of Medicine and Pharmacy, Obstetrics and Gynecology, Bucharest, Romania
⁴University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", "Prof. Dr. Theodor Burghel" Clinical Hospital, Radiology, Bucharest, Romania

151 Predicting the results of percutaneous nephrolithotomy with S.T.O.N.E. nephrolithometry scoring system

By: Cauni V., Tanase F., Chuaibi A., Mihai B., Dragutescu M.
Colentina Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania

152 Predicting postoperative infection risk for PNL, a two year retrospective analysis (2015–2016)

By: Brinzan D.M.¹, Constantin T.², Ambert V.², Radu T.³, Salaheddin Y.⁴, Voinescu V.⁴, Calin C.⁴, Andrei S.⁴, Damian D.⁴, Nita M.⁴, Danau R.², Braticевич B.², Jinga V.²
¹Spitalul Clinic, Dept. of Urology, București, Romania
²"Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Urology, București, Romania
³"Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Dept. of Urology, București, Romania
⁴Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghel", Dept. of Urology, București, Romania

153 The use of tranexamic acid for preventing hemorrhagic complications during percutaneous nephrolithotomy

By: Barbilian C.R.², Dragutescu M.D.¹, Buraga I.²
¹Colentina Hospital, Dept. of Urology, Bucharest, Romania
²Colentina Hospital, ICU department, Bucharest, Romania

- 154 Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL):
Our first experience with Siemens electromagnetic lithotripter**
By: Broul M.¹, Schraml J.², Skala P.²
¹Krajska zdravotni a.s., Clinic of Urology and Robotic Surgery, Usti nad Labem, Czech Republic
²Krajska zdravotni a.s., Dept. of Urology and Robotic Surgery, Usti nad Labem, Czech Republic
- 155 Evaluation of efficiency of two extracorporeal shockwave lithotripters – Medilit 7 and Sonolith i-sys in comparison with ureterorenoscopy**
By: Motolová M.
University Hospital Olomouc, Dept. of Urology, Olomouc, Czech Republic
- 156 Evaluation of CT characteristics of stones and factors influencing extracorporeal shock wave lithotripsy**
By: Kral M.¹, Motolova M.¹, Hruska F.¹, Skotak H.¹, Tudos Z.², Ctvrtlik F.², Student V.¹
¹University Hospital Olomouc, Dept. of Urology, Olomouc, Czech Republic
²University Hospital Olomouc, Dept. of Radiology, Olomouc, Czech Republic
- 157 Antegrade stent audit: Is there a need for a linked database between interventional radiology and urology?**
By: Essam L.¹, Norman E.², Ertemi H.¹, Parameshwaran P.¹, Syed S.¹
¹Basildon University Hospital, Dept. of General Medicine/Surgery, Basildon, United Kingdom
²Whittington Hospital, Dept. of General Medicine/Surgery, London, United Kingdom
- 158 The experiences with treatment of encrusted DJ stents**
By: Percinsky I., Mincik I., Michalides V., Cmarada L.
NsP Presov, Dept. of Urology, Presov, Slovakia
- 159 Completed audit cycle analysing the diagnostic yield and relevance of CT-KUBs performed out of hours**
By: Vijayananda SV, Hussain Z.H, Gunatillake D.G
Lewisham and Greenwich NHS trust, Queen Elizabeth Hospital, Dept. of Radiology, London, United Kingdom
- 160 Quality of kidney stone surgical treatment: what is it influenced by?**
By: Kováčik V.¹, Maciak M.², Bujdák P.³, Baláž V.⁴, Franko M.⁴
¹F.D. Roosevelt hospital, ²nd Urological dept. of Slovak Medical University, Banská Bystrica, Slovakia
²Charles University, Faculty of Mathematics and Physics, Dept. of Probability and Mathematical Statistics, Prague, Czech Republic,
³Slovak Medical University, Dept. of Urology, Bratislava, Slovakia
⁴F.D. Roosevelt hospital, Dept. of Urology, Banská Bystrica, Slovakia
- 161 Free access video tutorials of FURS for proximal ureteric stones.
An evaluation from the young urologists perspective**
By: Dragoş L.B., Martis S.M., Daminescu L.C., Pupca G.N., Cumpanas A.A., Bardan R.T., Minciu R.T., Botoca M.
Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă 'Pius Brnzeu' Timişoara, Dept. of Urology, Timisoara, Romania

NÁDORY PROSTATY

CZ01

STANOVENÍ HOMOGENNÍHO A HETEROGENNÍHO PHI A POROVNÁNÍ EFEKTIVITY MARKERŮ V DIAGNOSTICE KARCINOMU PROSTATY: PROSPEKTIVNÍ STUDIE

Bořecká K.¹, Záleský M.², Stejskal J.², Adamcová V.², Zachoval R.², Štěpánková V.¹

¹Oddělení klinické biochemie Thomayerovy nemocnice, Praha

²Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha

Úvod: Index zdraví prostaty (PHI, prostate health index) je získán výpočtem z kombinace tří markerů celkového PSA (tPSA), volného PSA (fPSA) a [2] proPSA. Technologii stanovení [2] proPSA má licencovanu firma Beckman Coulter. Další hodnoty potřebné pro výpočet PHI je možné stanovit na analytických systémech různých firem. PHI lze získat jak z hodnot získaných měření všech parametrů pouze jedním analytickým systémem („homogenně“), tak z různých analytických systémů („heterogenně“). Cílem práce bylo porovnat efektivitu markerů [2] proPSA a PHI se stávajícími rutinními postupy (tPSA, fPSA/tPSA), včetně srovnání tzv. „homogenního“ a „heterogenního“ PHI.

Materiál a metody: Do prospektivní studie byli zahrnuti muži indikovaní k biopsii prostaty (n=130) v období 06/2016 05/2017. Měření bylo provedeno metodou chemiluminiscenční imunoanalýzy na analyzátoru Access (Beckman Coulter, kalibrace WHO) a analyzátoru Cobas 8000 (Roche), resp. pro PHI homogenní všechna měření na Access, pro PHI heterogenní tPSA a fPSA na Cobas, [2] proPSA Access. Data byla statisticky zpracována (dvouvýběrový Wilcoxonův test, Spearmanův korelační koeficient a ROC analýza). Studie byla schválena lokální etickou komisí.

Výsledky: Diagnostická efektivita pro karcinom prostaty, vyjádřená plochou pod ROC křivkou (AUC, vztaženo k výsledku biopsie), PHI „homogenního“ (AUC=0,829), i „heterogenního“ (AUC=0,831) je výrazně vyšší než u rutinních laboratorních metod. PHI homogenní a heterogenní spolu velmi těsně koreluje (rS=0,972).

Parametr	AUC
tPSA (Beckman)	0,777
fPSA (Beckman)	0,618
fPSA/tPSA (Beckman)	0,646
[2]proPSA	0,736
PHI homogenní	0,829
PHI heterogenní	0,831

Závěr: Diagnostická přesnost PHI je podle naměřených AUC významně vyšší než u rutinních laboratorních vyšetření (tPSA, poměr fPSA/tPSA). Diskriminační schopnost „homogenního“ a „heterogenního“ PHI je zcela srovnatelná.

Studie byla finančně podpořena dotací MZ ČR v rámci programu Rozvojové projekty zdravotní péče pro rok 2016 a 2017 (číslo 36/17/RPZP).

CZ02

DIAGNOSTIKA KARCINOMU PROSTATY – PI-RADS VS3 – PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI

Hanzlíková P.¹, Pavlošek T.^{2,3}

¹MR oddělení Sagena, s. r. o., Frýdek-Místek

²Urologická ambulance Sagena, s. r. o., Frýdek-Místek

³Urologické oddělení Nemocnice Frýdek-Místek

Úvod: Cílem našeho sdělení je posluchače seznámit se změnami skórovacího systému PI-RADSVs2 na verzi PI-RADSVs3 s demonstrací praktické aplikace na souboru pacientů bioptovaných metodou MRI targeted biopsie.

Materiál a metody: Vyšetření MR na přístroji MR AVANTO Siemens 1,5 T, endorektální cívka. Vyšetření TRUS na přístroji BK medical Flex Focus 400. Fúzovací systém pro MR targeted biopsii Edomed Biopsee 2.2

Výsledky: V našem sdělení prezentujeme základní principy PI-RADS klasifikace, jejich vývoj a současný stav verze 3. Představujeme možnosti MR zobrazení včetně technických limitací MR skeneru a možnosti vyšetření bez endorektální cívky. Aplikujeme revidovaný skórovací systém na soubor námi bioptovaných pacientů, předkládáme zjištěné změny v hodnocení, v následném přístupu ke sledování a provedení či opakování MR targeted biopsie. Nastihujeme vizi budoucího možného zjednodušení MR vyšetření sloužícího k detekci lezí vhodných pro MR targeted biopsii.

Závěr: Nová revize PI-RADS skórovacího systému mění pohled na následnou MR targeted biopsii prostaty zejména u skupiny pacientů s nálezem hraničním – grade 3.

CZ03

PRVNÍ ZKUŠENOSTI A VÝSLEDKY S VYUŽITÍM SOFTWARE FÚZE 3 T MRI A TRANSREKTÁLNÍ ULTRASONOGRAFIE PŘI CÍLENÉ BIOPSII PROSTATY

Vavřík T.¹, Dolejšová O.¹, Svobodová H.¹, Mrkos D.¹, Ferda J.², Kastner J.², Topolčan O.³, Fuchsová R.³, Hes O.⁴, Hora M.¹

¹Urologická klinika, FN Plzeň

²Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň

³Oddělení imunochemické diagnostiky, FN Plzeň

⁴Šiklův ústav patologie, FN Plzeň

Úvod: Rozvoj 3 T multiparametrické magnetické rezonance (3 T mpMRI) umožňuje ve spojení s transrektální ultrasonografií cílenou biopsii suspektních lézí karcinomu prostaty (tzv. softwarová fúze). Prezentujeme první zkušenosti s metodikou a výsledky.

Materiál a metody: V období 1/2017–6/2017 bylo provedeno na našem pracovišti celkem 48 biopsií prostaty s využitím softwarové fúze TRUS/3 T mpMRI. V devíti případech se jednalo o primobiopsii, v 39 případech o rebiopsii. Průměrný věk pacientů byl 66,8 let (51–84). Hodnota PSA byla v mediánu 8,30 ng/ml (3,87–33,28 ng/ml); hodnoty PHI v mediánu 55,36 (18–266). Vyšetření byla prováděná na přístrojích Magnetom Skyra Siemens[®] 3 T (TSE, DWI, DCE a spektroskopie). Využíváme skórovací systém PI-RADS verze 1 (v1). Sonograf BK Medical FlexFocus 800[™] + biplane sonda 8808e + softwarová fúze BiopSee2[™] Medcom Darmstadt Germany.

Výsledky: Z celkem 48 pacientů byl biopticky verifikován karcinom prostaty u 32 pacientů (66,7%). Z toho 27 pacientů (84,4% z pozitivních) s hodnotou Gleason skóre (GS) 6 (3+3), hodnotu GS 7 (3+4) jsme zachytili u pěti pacientů (15,6% z pozitivních). Vyšší hodnoty GS (8 či 9) nebyly zachyceny. Celkem 46 pacientů mělo vyhodnoceno skóre PI-RADS v 1. Skóre 2 u jednoho pacienta, u kterého byl prokázán karcinom prostaty (100%), skóre 3 u 12 pacientů – pozitivních celkem 7 pacientů (58,3%), skóre 4 celkem 22 pacientů – pozitivních 14 (63,6%) a skóre 5 zhodnoceno u celkem 11 pacientů, kde pozitivních bylo celkem 9 (81,8%).

Závěr: Vzhledem k vysokému procentu zastoupení GS 6 (3+3) v našem souboru pacientů se neshodujeme se světovou literaturou, která udává za pomoci využití softwarové fúze větší záchyt signifikantních karcinomů prostaty, tedy GS 7 a vyšší. Procentuální zastoupení biopticky verifikovaného karcinomu prostaty s využitím softwarové fúze v našem souboru úměrně roste v porovnání se zvyšujícím se skóre PI-RADS v1. Další výsledky budeme dále ověřovat na větším souboru pacientů včetně korelace s preparáty po radikální prostatektomii.

Supported by MH-DRO (Faculty Hospital in Pilsen – FNPI, 00669806).

CZ04

POROVNÁNÍ DETEKCE SIGNIFIKANTNÍHO A NESIGNIFIKANTNÍHO KARCINOMU POMOCÍ SYSTEMATICKÉ A CÍLENÉ FÚZNÍ MRI/TRUS BIOPSIE PROSTATY

Záleský M.¹, Stejskal J.¹, Minárik I.², Koldová M.², Votrubová J.³, Babjuk M.², Zachoval R.¹

¹Urologické oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha

²Urologická klinika, FN Motol, Praha

³Radiologické oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha

Úvod: Detekce nesignifikantního karcinomu je jedním z podstatných problémů diagnostického algoritmu karcinomu prostaty založeném na PSA a systematické biopsii prostaty pod kontrolou transrektální sonografie. MRI a cílená fúzní biopsie by měla vést ke zvýšení záchytu signifikantního karcinomu. Cílem práce je porovnání záchytu signifikantního a nesignifikantního karcinomu u systematické a MRI fúzní cílené biopsie prostaty.

Materiál a metody: V období 2/2015–6/2017 bylo pro elevaci PSA indikováno 404 pacientů k provedení mpMRI a následné systematické biopsii prostaty a cílené fúzní biopsii prostaty. Ve 223 případech se jednalo o primobiopsii ve 181 případech o rebiopsii. Průměrný věk pacientů byl 63 let, průměr a medián hodnoty PSA byl 8,51 ng/ml resp. 6,40 ng/ml. Z každého MRI suspektního ložiska byly odebrány 1–4 vzorky (průměr 2,35 vzorků na ložisko), při systematické biopsii bylo odebráno 12–24 vzorků (průměr 12,94 vzorků). Vyhodnocena byla frekvence záchytu karcinomu prostaty

Tab. 1 Výsledky

	Všechny karcinomy prostaty	Signifikantní karcinom	Nesignifikantní karcinom
Všechny biopsie			
MRI/TRUS cílená biopsie	126/404 (31,19%)	106/404 (26,24%)	20/404 (4,9%)
Systematická biopsie	178/404 (44,08%)	129/404 (31,93%)	49/404 (12,12%)
MRI/TRUS cílená biopsie + systematická biopsie	192/404 (47,52%)	143/404 (35,70%)	49/404 (12,12%)
Podskupina primobiopsií			
MRI/TRUS cílená biopsie	68/223 (30,49%)	60/223 (25,41%)	8/223 (3,59%)
Systematická biopsie	107/223 (47,98%)	81/223 (35,87%)	26/223 (11,66%)
MRI/TRUS cílená biopsie + systematická biopsie	108/224 (48,43%)	81/223 (35,87%)	27/223 (12,11%)
Podskupina rebiopsií			
MRI/TRUS cílená biopsie	58/181 (32,04%)	46/181 (25,41%)	12/181 (6,63%)
Systematická biopsie	71/181 (39,23%)	48/181 (26,52%)	23/181 (12,71%)
MRI/TRUS cílená biopsie + systematická biopsie	84/181 (46,41%)	63/181 (34,81%)	21/181 (11,60%)

jak klinicky nesignifikantního, tak klinicky signifikantního karcinomu (KSCaP) v podskupinách cílené a systematické biopsie i v podskupinách primobiopsií a rebiopsií. KSCaP byl definován následujícími parametry: Gleason skóre >6, >2 pozitivní válečky nebo >50% karcinomu v jednom válečku.

Výsledky: Výsledky jsou shrnuty v tabulce 1.

Závěr: Průběžná data naší prospektivní studie ukazují, že záchyt nesignifikantního karcinomu prostaty je nejvyšší v případě systematické biopsie a nejnižší v případě cílené MRI fúzní biopsie. Cílená fúzní biopsie však nedosahuje takových výsledků, abychom zvažovali změnu diagnostického protokolu s provedením jen samostatné cílené biopsie prostaty bez současného provedení systematické biopsie.

CZ05 SROVNÁNÍ EFEKTIVITY DETEKCE KARCINOMU PROSTATY PŘI POUŽITÍ ELASTOGRAFIE V REÁLNÉM ČASE A KLASICKÉ SYSTEMATICKÉ BIOPSIE PROSTATY

Čermák A.¹, Pacík D.¹, Hep A.², Vít V.¹

¹Urologická klinika FN Brno a LF MU, Brno

²Interní gastroenterologická klinika FN Brno a LF MU, Brno

Úvod: Srovnání výtěžnosti biopsie prostaty při detekci karcinomu prostaty (KP) pomocí elastografie a klasické systematické biopsie kontrolované TRUS.

Materiál a metody: Do prospektivní studie bylo zahrnuto 64 pacientů, věk 43–82 roků (Ø 66,8), PSA 1,39–34,2 ng/ml (Ø 8,91), velikost prostaty 19,2–133 ml (Ø 50,4). U pacientů byl proveden odběr cílených vzorků pomocí SWE elastografie a následně byl proveden systematický odběr vzorků pod kontrolou TRUS B-mode. Byl hodnocen počet odebraných vzorků potřebných k detekci KP.

Výsledky: KP byl z celkového počtu 64 (SWE+ B-mode) detekován u 24 pacientů (37,5%). Průměrný počet vzorků u jednoho pacienta byl 28 (14–32). Metodou SWE bylo u jednoho pacienta odebráno prům. 10 vz (4–16) / B-mode 18 vz (9–22). Cílená biopsie SWE+ ložisek zachytila KP ve 20 případech (31,25%), při použití TRUS systematické biopsie v B-modu byl KP detekován u 22 pacientů (34,4%). Počet odebraných vzorků SWE byl 640, pozitivní záchyt KP 44 vz (6,9%), u B-mode bylo odebráno 1 172 vz, pozitivní KP ve 90 vz (7,8%). U dvou pacientů byl KP detekován pouze metodou SWE (3,125%) a u čtyř pacientů (6,25%) pouze B-mode. Medián maximálního tlaku v SWE+ oblastech byl 75,8 kPa (IQR 55–132), medián středního tlaku 66,5 kPa (IQR 51,0–84,2).

Závěr: Detekce KP pomocí elastografie v naší studii dosáhla téměř shodného výsledku (31,25/34,4%) ve srovnání se standardní systematickou PBP. Potřeba odběru menšího počtu vzorků pro detekci KP byla pozorována u SWE. Nejlepších výsledků bylo dosaženo při použití obou metod současně. Metoda SWE je dobře proveditelná v reálném čase. Doba provedení je delší ve srovnání s klasickou biopsií. Nevýhodou je použití End-fire sondy, která poskytuje méně komfortní provedení perineurální anestezie v oblasti prostatovezikálního úhlu. Metoda nenahrazuje MR/UZ fúzi, která by měla být vyhrazena u případů s předchozí negativní biopsií. Fúze MR a elastografie v reálném čase může zlepšit vizualizaci a detekci lézí suspektních z přítomnosti KP.

CZ06 KARCINÓM PROSTATY – AKTÍVNE SLEDOVANIE (ACTIVE SURVEILLANCE). SÚBOR 95 PACIENTOV

Holba J.¹, Sokol R.¹, Kohútek P.², Lukáč M.²

¹Privátna urologická ambulancia, s. r. o., Trenčín

²Urologické oddelenie FN Trenčín

Úvod: Cieľom práce je upozorniť na možnosť aktívneho sledovania (AS) pri terapeutickom rozhodovaní u pacientov s nízko rizikovým karcinómom prostaty (CaP).

Materiál a metódy: Od 1. 2010 do 4. 2017 sme na našom pracovisku zrealizovali 1 223 biopsií prostaty (BP). Z celkového počtu BP bolo pozitívnych 382, čo predstavuje 31,2 %. K zaradeniu pacienta do AS sme používali kritéria podľa guidelines EAU nasledovne: T1–2a N0M0, PSA ≤10 ng/ml, sa jej Gleason score 6, ≤33 % pozitívnych vzoriek v punkčnej BP, ≤50 % postihnutia objemu jednotlivých vzoriek, PSAD ≤0,15 ng/ml, life expectancy >10 rokov. V sledovanom súbore pacientov sme zvolili nasledovnú schému pravidelných kontrol: PSA každé 3–4 mesiace, DRE každých 3–6 mesiacov, reBP každých 12–18 mesiacov.

Výsledky: V našom súbore 95 pacientov bola indikovaná aktívna kuratívna liečba u 33 pacientov. RAPE bola indikovaná u 19 pacientov. Z toho u 9 na základe progresie nálezů v re-biopsii prostaty. U 5 pacientov bolo indikované ukončenie AS na základe progresie PSA a u 5 pacientov sme ukončili AS na ich vlastnú žiadosť. U všetkých pacientov bol pooperačný staging pT2 – teda išlo aj pooperačne o lokalizovaný karcinóm prostaty. IMRT bola indikovaná u 14 pacientov. Z toho u 8 pacientov na základe progresie nálezů v reBP. U 4 pacientov na základe progresie PSA a u 2 pacientov na vlastnú žiadosť. U 33 pacientov, ktorí podstúpili liečbu, sa vyskytli štandardné NÚL. V skupine pacientov po RAPE ide o IUR u 3 pacientov, ktorí vyžadujú používanie absorpčných pomôcok. 7 pacientov udáva ED, ktorí sú liečení /Viatros, Karon/. V skupine pacientov po IMRT sa vyvinul OAB.

Záver: V súčasnosti je na AS 62 pacientov. Ako pozitívne pri AS je odloženie liečby a potenciálnych NÚL, QoL, zachovanie sexuálnej aktivity a možnosť sa úplne vyhnúť terapii (indolentné CaP). Ako negatívne – nutnosť častých kontrol a reBP, riziko prechodu do lokálne pokročilého CaP, psychická záťaž.

CZ07 ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE – ONKOLOGICKÉ A FUNKČNÍ VÝSLEDKY U 2 000 OPERACÍ

Kočárek J.^{1,2}, Chmelík F.¹, Heráček J.^{1,2},
Matějková M.¹, Čermák M.¹

¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN Praha

²1. LF UK Praha

Úvod: Radikální prostatektomie je chirurgickou metódou první volby léčby lokálně ohraničeného karcinomu prostaty. První robotickou radikální prostatektomií jsme provedli 16. 12. 2005, přelomové hranice 1 000 výkonů jsme dosáhli v roce 2012 a v roce 2017 jsme úspěšně dokončili 2 000. robotický výkon na prostatě.

Materiál a metódy: Vyhodnotili jsme onkologické a funkční výsledky u 2 000 po sobě jdoucích pacientů, kteří podstoupili robotickou radikální prostatektomií na našem pracovišti v období 2005–2017. Při operaci jsme používali do roku 2013 systém da Vinci Standard, poté systém da Vinci Si HD. Průměrný věk pacientů byl 64 roků (37–86), hodnota BMI byla 28,0 (19,4–41,4) a předoperační hodnota celkového PSA byla 8,4 ng/ml (0,1–112,0).

Výsledky: Patologické stadium lokálně ohraničeného karcinomu prostaty jsme zjistili u 1 480 (74,0 %) mužů, u 504 (25,2 %) pacientů pak stadium lokálně pokročilého karcinomu, u 16 (0,8 %) mužů jsme v operačním preparátu nepotvrdili histopatologickým vyšetřením diagnózu karcinomu. Hodnotu Gleasonova skóre ≥7 jsme stanovili z operačního preparátu u 1 572 (78,6 %) mužů. Pánevní lymfadenektomií podstoupilo 236 (11,8 %) mužů, metastázy v pánevních uzlinách jsme zaznamenali u 52 (22,0 %) pacientů. Pozitivní chirurgické okraje jsme zaznamenali celkově u 492 (24,6 %) mužů, z toho u 272 (18,4 %) mužů s lokalizovaným a 220 (43,7 %) mužů s lokálně pokročilým karcinómem. Kontinenci moči v období do jednoho roku po operaci jsme vyhodnotili u 1 610 (80,5 %) pacientů. Bez potřeby vložky nebo s jednou pojistnou vložkou bylo rok po operaci 1 486 (92,3 %) mužů. Pooperační erektilní funkci jsme vyhodnotili u 572 (28,6 %) operovaných. Rok po operaci bylo erekce dostatečné k pohlavnímu styku bez nutnosti podpůrné terapie schopno 322 (56,3 %) mužů.

Záver: Robotická radikální prostatektomie je mini-invasivní metoda léčby karcinomu prostaty se standardními onkologickými a excelentními funkčními výsledky.

CZ08 ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE – ČASNÉ KOMPLIKACE U 2 000 OPERACÍ

Heráček J.^{1,2}, Chmelík F.¹, Matějková M.¹,
Juhász A.¹, Kočárek J.^{1,2}

¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha

²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Robotická radikální prostatektomie je chirurgickou metodou první volby léčby lokálně ohraničeného karcinomu prostaty. Cílem práce bylo vyhodnotit výskyt časných (intraoperačních a pooperačních komplikací do 1 měsíce) u pacientů, kteří podstoupili robotickou radikální prostatektomii.

Materiál a metody: Vyhodnotili jsme výskyt časných komplikací u 2 000 po sobě operovaných pacientů, kteří podstoupili robotickou radikální prostatektomii na našem pracovišti v období 2005–2017. Při operaci jsme používali do roku 2013 systém da Vinci Standard, poté systém da Vinci Si HD. Průměrný věk pacientů byl 64 roků (37–86), hodnota BMI byla 28,0 (19,4–41,4) a předoperační hodnota celkového PSA byla 8,4 ng/ml (0,1–112,0).

Výsledky: Časně komplikace jsme vyhodnotili dle Clavien-Dindo systému. Intraoperační komplikace (krvácení, poranění močovodu, perforace střeva, poranění ilické žíly a stentování močovodu) jsme pozorovali u 30 (1,5 %) pacientů. Pooperační komplikace jsme zaznamenali u 168 (8,4 %) mužů, nejčastěji 3. stupně (krvácení, urinózní únik, striktura hrdla, lymfokéla, kýla v místě portu, hematurie, vezikorektální píštěl, infekce v ráně, Hem-o-Lok migrace a krvácení z hypogastričské arterie). Retence moči, infekce močových cest, anémie, hematurie, urgence, ileus, hluboká žilní trombóza, plicní embolie, lymfokéla, infekce v ráně a stentování močovodu byly zaznamenány pooperační komplikace 1. a 2. stupně. Z důvodu kritické chyby robotického systému jsme u tří pacientů (0,2 %) nemohli pokračovat ve výkonu, u jednoho pacienta jsme výkon dokončili laparoskopicky, u druhého otevřeným přístupem, u třetího pacienta jsme výkon odložili.

Závěr: Četnost komplikací závisí především na celkovém stavu pacienta a na zkušenostech operátora. Výskyt intraoperačních a časných pooperačních komplikací je v našem souboru plně srovnatelný s četností komplikací v ostatních velkoobjemových robotických centrech ve světě. Robotický trénink na simulátoru s prostorovou vizualizací operačního pole je velmi důležitým prvkem výuky kvalitních operátorů.

CZ09 ZKUŠENOSTI Z PRVNÍCH 200 ROBOTEM ASISTOVANÝCH RADIKÁLNÍCH PROSTATEKTOMIÍ A POROVNÁNÍ S LAPAROSKOPICKÝM PŘÍSTUPEM

Brodák M., Košina J., Balík M., Holub L., Hušek P.,
Pacovský J.

Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Úvod: Robotem asistovaná radikální prostatektomie (RARP) je nejmodernější operační léčba lokalizovaného karcinomu prostaty a stále častěji se provádí také v České republice. Cílem práce je zhodnotit výsledky a zkušenosti z prvních 200 operací a srovnat je s laparoskopickým přístupem.

Materiál a metody: Medián věku sledovaného souboru byl 61 let, PSA 8 ng/ml, Gleasonovo skóre 7. Všechny 200 pacientů podstoupilo RARP v období do ledna 2016 do července 2017. Všechny operace byly provedeny robotickým systémem da Vinci Xi a transperitoneálním přístupem. Byly hodnoceny operační výsledky, jako byl čas operace, krevní ztráty a komplikace. Dále byly sledovány funkční a předběžné onkologické výsledky. Výsledky byly porovnány se souborem 200 pacientů, kteří podstoupili laparoskopickou radikální prostatektomii.

Výsledky: Medián doby sledování byl osm měsíců. Průměrná doba operace byla 185 minut, krevní ztráty byly 240 ml a doba anastomózy 21 minut. U prvních 100 pacientů bylo dosaženo kontinence u 91 % pacientů po šesti měsících od operace. Pozitivní chirurgické okraje byly u 16 % pacientů. Nejzávažnější komplikací byla u jednoho pacienta střevní perforace s nutností operační revize a dva pacienti měli dočasnou parézu horní končetiny. Průměrná doba operace u laparoskopického přístupu byla 168 minut, krevní ztráty byly 320 ml a doba anastomózy byla 32 minut. Nejzávažnější komplikací byla perforace konečníku u dvou pacientů.

Závěr: Robotický přístup byl velkým přínosem pro pacienty i operační tým. Podle našich výsledků došlo ke zlepšení ve všech sledovaných parametrech. Jedná se o první zkušenosti s novou technikou a tak pevně věříme, že se získáním dalších zkušeností lze dosáhnout dalšího zlepšení.

CZ10 ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE U PACIENTŮ S PROSTATOU O HMOTNOSTI ≥100 GRAMŮ

Heráček J.^{1,2}, Chmelík F.¹, Matějková M.¹,
Hoření E.¹, Kočárek J.^{1,2}

¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha

²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Cílem práce bylo vyhodnotit onkologické a funkční výsledky robotické radikální prostatektomie u pacientů s hmotností prostaty ≥100 gramů.

Materiál a metody: Vyhodnotili jsme skupinu 52 mužů s objemem prostaty ≥100 gramů, kteří v souboru 2000 po sobě operovaných pacientů podstoupili robotickou radikální prostatektomii na našem pracovišti v období 2005–2017. Průměrný věk pacientů byl 67 roků (53–76), hodnota BMI byla 28,9 (23,0–34,7) a předoperační hodnota celkového PSA byla 16,0 ng/ml (4,7–47,0).

Výsledky: Průměrná hmotnost preparátu prostaty byla 149 gramů (102–295), operační čas to skin 165 minut (75–275) a krevní ztráty 230 ml (150–800). Komplikace jsme vyhodnotili dle Clavien-Dindo systému. Intraoperační komplikace jsme nepozorovali, v období do 90 dnů po operaci jsme zaznamenali komplikace u 5 pacientů (9,6 %). Pánevní lymfadenektomii podstoupilo 13 mužů (25,0 %), uzlinové metastázy jsme nezjistili u žádného pacienta. Nervy-šetřící výkon jsme provedli u 28 mužů (53,8 %). Patologické stadium lokálně ohraničeného nádoru jsme diagnostikovali u 43 mužů (82,7 %), u 9 pacientů (17,3 %) pak stadium lokálně pokročilého karcinomu, u 1 pacienta (1,9 %) jsme v preparátu prostaty nepotvrdili karcinom. Gleasonovo skóre ≤7 jsme stanovili z operačního preparátu u 44 mužů (84,6 %). Pozitivní nádorové okraje jsme zaznamenali u 9 pacientů (17,3 %). Kontinenci moči v období do jednoho roku po operaci jsme sledovali u 41 pacientů (78,8 %). Bez potřeby vložky nebo s jednou pojistnou vložkou bylo rok po operaci 36 mužů (87,8 %). Pooperační erektilní funkci jsme vyhodnotili u 13 operovaných (25,0 %). Rok po operaci bylo erekce dostatečné k pohlavnímu styku bez nutnosti podpůrné terapie schopno 6 mužů (46,2 %).

Závěr: Robotická radikální prostatektomie je bezpečná, technicky proveditelná a účinná metoda léčby i u mužů s objemnou prostatou. Provádění těchto výkonů ve velkoobjemových centrech je žádoucí pro dosažení excelentních funkčních a onkologických výsledků a ke snížení výskytu komplikací.

CZ11 ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE U PACIENTŮ PO HOLMIUM-LASEROVÉ ENUKLEACI PROSTATY

Chmelík F.¹, Heráček J.^{1,2}, Hoření E.¹, Čermák M.¹,
Kočárek J.^{1,2}

¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha

²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: U 3–16 % pacientů, kteří podstoupili transuretrální resekci prostaty nebo Holmium-laserovou enukleaci prostaty (HoLEP) pro nezhoubné zvětšení, nalézáme v histopatologickém preparátu karcinom prostaty. Podle stadia a stupně nemoci a s ohledem na celkový zdravotní stav pacienty dispensarizujeme nebo indikujeme k radikální léčbě. V případě robotické radikální prostatektomie (RRP) se z důvodu jizvení a alterace operovaných struktur předpokládá technicky náročnější výkon než u pacientů bez předchozího výkonu na prostatě. Prezentace seznamuje s nejobtížnějšími pasážemi těchto operací.

Popis klinického případu: Videoukázky prezentují RRP u třech pacientů, kteří před robotickým výkonem podstoupili HoLEP. Zaznamenány jsou úseky, které pro operátora často představují nejnáročnější fáze operace, tj. přerušení ventrální a dorzální hranice prostaty a měchýře, preparace prostaty od rekta a vytvoření neoanastomózy u zpravidla široce zejícího hrdla měchýře. U jednoho pacienta jsme peroperačně zavedli DJ-stent z důvodu těsně naléhající resekční linie na ureterální ústí.

Závěr: U pacientů po předchozí operaci prostaty je RRP technicky náročnější výkon, který je vhodný spíše pro zkušeného operátora. V literatuře nicméně prozatím není shoda ve výskytu nepříznivějších perioperačních, funkčních a onkologických výsledcích, které bychom v souvislosti s vyšší náročností výkonu očekávali.

CZ12

STEREOTAKTICKÁ PROTONOVÁ RADIOTERAPIE NÍZCE A STŘEDNĚ RIZIKOVÉHO KARCINOMU PROSTATY – PRŮBĚŽNÉ HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Novotný T.¹, Lukeš M.¹, Sláviková S.², Vítek P.²,
Ondrová B.², Dědečková K.², Vondráček V.²,
Kubeš J.²

¹Urosanté – urologické a andrologické centrum, Praha

²Proton Therapy Center, Praha

Úvod: Stereotaktická radioterapie karcinomu prostaty je běžnou modalitou fotonové radioterapie. Pencil beam scanning (PBS) umožňuje při stejné frakcionaci dosažení lepší dávkové distribuce a činí protonovou radioterapii přístupnější pro pacienty s karcinomem prostaty.

Materiál a metody: V období mezi únorem 2013 a květnem 2015 bylo léčeno 100 pacientů s karcinomem prostaty nízkého nebo středního rizika IMPT (protonovou radioterapií s modulovanou intenzitou), stereotaktickým režimem (36–25 GyE v 5 frakcích). Průměrný věk byl 64,2 let, průměrná hodnota PSA před léčbou byla 5,6 µg/l (medián 5,2 µg/l). 52 pacientů (52 %) bylo ve skupině s nízkým rizikem, 48 pacientů (48 %) spadalo do skupiny se středním rizikem, 17 pacientů (17 %) mělo neoadjuvantní hormonální léčbu a žádný pacient neměl adjuvantní hormonální léčbu. Hodnotili jsme dosimetrická data, akutní toxicitu a průběžné výsledky.

Výsledky: Všichni pacienti dokončili léčbu bez přerušování. Medián doby sledování je 24,1 měsíců. Průměrná doba léčby byla 9,3 dnů (medián 9 dnů). Akutní toxicita (CTCAE -v. 4) byla: GI (gastrointestinální) G1–15,38 %, G2–1,92 %, GU (genitourinární) G1–48,08 %, G2–15,38 % pro nízké riziko a GI G1–16,67 %, G2–2,08 %, GU G1–58,33 %, G2–16,67 % pro riziko střední. Nebyla pozorována žádná toxicita grade 3. Gastrointestinální pozdní toxicita (CTCAE) grade 2 byla pozorována u tří pacientů (3 %, rektální krvácení) a u všech tří se jednalo o krátkodobý problém. Genitourinární pozdní toxicita (CTCAE) grade 2 byla pozorována u jednoho pacienta (1 %, inkontinence). Dosud bylo v této skupině pacientů zjištěno 5 PSA relapsů (5 % nemocných) s následnými čtyřmi průkazy pánevní lymfadenopatie, ve dvou případech navíc s diseminací do skeletu. Nebyl pozorován žádný lokální relaps onemocnění.

Závěr: Stereotaktická protonová radioterapie karcinomu prostaty je proveditelná s vynikajícími dosimetrickými parametry a nízkým stupněm akutní a pozdní toxicity. Dosažené průběžné výsledky jsou slibné.

CZ13

NOVÉ MOŽNOSTI LÉČBY METASTATICKÉHO HORMONÁLNĚ SENZITIVNÍHO KARCINOMU PROSTATY

Matoušková M.^{1,2}, Donátová Z.², Büchler T.²,
Králová V.¹

¹Urocentrum, Praha

²Onkologická klinika FTN a 1. LF UK, Praha

Úvod: Primární metastatický karcinom prostaty si zachovává nezměněnou incidenci, cca 10 % pacientů zemírá přes léčbu do 6 měsíců. Pro pacienty s větším objemem metastatické nálože a dobrém stavu může být přínosem přidání k hormonální supresi cytotoxické léčby, popřípadě ARTA (abirateron acetát). Doporučení vychází ze studií CHARTED a STAMPEDE, resp. LATITUDE. Jejich závěry jsou již zohledněny v doporučeních NCCN či EAU.

Materiál a metody: Předkládáme soubor osmi nemocných s mCaP, všichni měli M1b postižení. Průměrný věk mužů byl 62 let (48; 66). Průměrná hladina PSA 45 µg/l (16,3; 118). Gleason skóre 7–9. Doba od stanovení diagnózy do zahájení léčby u všech do 4 měsíců. Pacienti zahájili hormonální léčbu goserelinem 10,8 mg a během týdne pak aplikaci docetaxelu v dávce 75 mg/m². Žádný z nemocných nedostal kromě přípravy před chemoterapií kortikoidy. Pět nemocných dostalo BMA se suplementací Ca a vitamínem D₃. Sledování byli laboratorně a zobrazovacími metodami. Celkem šest cyklů chemoterapie dokončilo sedm mužů, jeden ukončil po čtyřech cyklech.

Výsledky: U všech nemocných vedla léčba k parciální remisi (PR), doložené poklesem PSA mezi 75–95 % a zmenšením metastatických lézí na zobrazovacích metodách. Nežádoucí účinky léčby očekávatelné a toxicita nepřesáhla gr. III. Přidání docetaxelu k hormonoterapii je dobře tolerovanou modalitou při dobré kvalitě života.

Závěr: U vhodně vybraných nemocných může chemohormonoterapie u HSCP prodloužit odpověď oproti samostatné hormonální supresi. Prezentace na ASCO 2017 mění opět pohled na tuto skupinu nemocných. Zařazení abirateronu (AA) do algoritmu léčby HSCP sníží nejen toxicitu léčby, ale i zlepšuje přežití o téměř 40 % u pacientů s primárně metastatickým karcinomem prostaty.

CZ14

VYSOKÁ HLADINA PSA PO PROVEDENÉ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII BEZ PROKÁZANÉHO REZIDUÁLNÍHO NÁDORU NEBO DISEMINACE**Brodák M., Košina J., Balík M., Holub L., Hušek P., Pacovský J.**

Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Úvod: Prezentujeme neobvyklý případ pacienta po laparoskopické radikální prostatektomii, který měl po úspěšně provedené operaci téměř nezměněné PSA. Cílem je prezentovat tento raritní případ a případně iniciovat diskusi nad podobnými případy.

Popis klinického případu: Muž, 71 let, s výkonnostním stavem PS 0, podstoupil laparoskopickou prostatektomii v roce 2011 pro adenokarcinomem prostaty cT1cN0M0, Gleasonova skóre 7 b a PSA 8,2 ng/ml. Histologickým nálezem byl adenokarcinom pT3a s drobným pozitivním chirurgickým okrajem a Gleasonovo skóre bylo 8. Překvapením byla pooperační PSA 8,26 ng/ml, zjištěná tři měsíce po operaci. Tato hodnota byla 3 krát kontrolována ve dvou laboratořích a byla v rozmezí 7,45–8,26 ng/ml. Pacient byl kontinentní a měl zhojenou operační ránu. Bylo provedeno CT pánve a břicha, sken skeletu a MRI, na žádném vyšetření nebyl nádor prokázán. Po dohodě v multidisciplinárním týmu byla pacientovi podána hormonální terapie na rok. Na této terapii došlo k poklesu PSA k nule a to 33 měsíců. Poté došlo k nárůstu PSA na 0,4 ng/ml a pacient podstoupil radioterapii. Došlo k poklesu PSA k nulovým hodnotám. Po 24 měsících opět došlo k pozvolné elevaci PSA a byla nasazena LHRH terapie s dobrým efektem.

Závěr: Cílem je prezentovat tento případ neobvykle vysokého PSA po radikální prostatektomii bez prokázané reziduální choroby nebo nádorové diseminace.

CZ15

PŘEKVAPIVÝ NÁLEZ LYMFOMU Z PLÁŠŤOVÝCH BUNĚK PŘI RADIKÁLNÍ RETROPUBICKÉ PROSTATEKTOMII**Sorokač Kubolková A.¹, Pacík D.¹, Vít V.¹, Plevová M.¹, Tvrdíková E.²**¹Urologická klinika, FN Brno, LF MU, Brno²Ústav patologie, FN Brno, LF MU, Brno

Úvod: Lymfom z pláštěvých buněk (mantle cell lymphoma, MCL) patří mezi vzácnější B-lymfoproliferace postihující převážně muže vyššího věku. U většiny pacientů je nemoc diagnostikována v pokročilém klinickém stadiu, s generalizovanou lymfadenopatií, infiltrací kostní dřeně a leukemizací. Prognóza onemocnění je neuspokojivá, medián přežití je 4–5 let.

Popis klinického případu: 64letý pacient byl odeslán na naše pracoviště ze sektorové urologické ambulance v lednu 2017 k provedení punkční biopsie prostaty (PBP) pro elevaci PSA 5,9 ug/l (T 12%, digitální rektální vyšetření nesuspektivní), subjektivně pacient udával mírné mikční potíže. PBP prokázala acinární adenokarcinom prostaty (CaP), GS 3+4, pozitivních 5/16 vzorků, vyšetření na diseminaci byla negativní. Následně pacient podstoupil radikální retropubickou prostatektomii (RRP). Definitivní histologie kromě CaP pT2c překvapivě stanovila i diagnózu B-lymfomu. Pacient byl předán hemato-onkologům, sternální punkce prokázala MCL. Nyní je hematologická malignita došetřována, dle výsledků bude stanoven další postup. Z urologického hlediska je měsíc po RRP PSA <0,03 µg/l, pacient je kontinentní, následuje pravidelná monitorace.

Závěr: MCL postihující prostatu je v urologické praxi raritou. K červenci 2017 bylo ve světové literatuře publikováno pouze sedm případů. Možné projevy infiltrace prostaty lymfomem mohou být u staršího pacienta považovány za symptomy dolních močových cest. Prezentujeme případ pacienta, u kterého elevace PSA vedla kromě časného záchytu CaP i k diagnóze hemato-onkologického onemocnění.

ONKOUROLOGIE

CZ16 PEROPERAČNÍ A ONKOLOGICKÉ VÝSLEDKY ROBOTICKÝCH RESEKČÍ LEDVIN

Hoření E.¹, Musa N.¹, Heráček J.^{1,2}, Drlík P.¹,
Kočárek J.^{1,2}

¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha

²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Robotická resekce ledviny pro nádor je standardní nefron-šetřící operační výkon. Cílem práce bylo vyhodnotit soubor pacientů, kteří podstoupili robotickou resekci ledviny.

Materiál a metody: Na našem pracovišti jsme v období od ledna 2015 do června 2017 provedli 57 robotických resekci ledvin pomocí robotického systému da Vinci Si HD. Operace jsme prováděli z transperitoneálního přístupu v lumbotomické poloze za pomoci tří robotických a jednoho asistentského portu. Soubor pacientů jsme vyhodnotili retrospektivně.

Výsledky: Výkon podstoupilo 18 žen a 39 mužů s průměrným věkem 55 let (29–80), BMI 28,1 (19,6–48,9) a délkou hospitalizace 6 dní (2–13). Průměr nádoru byl 23 mm (6–70), stranový poměr resekci byl vyrovnaný. Průměrný operační čas byl 101 minut (30–235) a krevní ztráty 210 ml (50–1 500). Klampování renální arterie jsme provedli u 38 pacientů (67 %), selektivní klampování u 15 pacientů (26 %). Průměrná doba teplé ischemie byla 14 minut (10–28). U 54 pacientů (95 %) jsme nezaznamenali intraoperační nebo pooperační komplikace. U jednoho pacienta byl výkon komplikován perforací bránice nástrojem, u jednoho pacienta rozvojem pooperačního ileu a u jednoho pacienta pozdním výskytem hematurie na podkladě pseudoaneuryzmatu renální arterie. Histopatologické vyšetření prokázalo u 39 pacientů (68 %) maligní tumor v resekátu, z toho v 35 případech (90 %) se jednalo o světlóbný renální karcinom, u 3 pacientů (8 %) o papilární renální karcinom a u 1 pacienta (2 %) o chromofobní renální karcinom. U 35 pacientů (90 %) jsme diagnostikovali stadium pT1a, u 4 pacientů (10 %) pT1b. U ostatních 18 pacientů (32 %) jsme prokázali angiomyolipom, onkocytom, multilokulární cystickou neoplazii, prostou cystu, chronický zánět a v jednom resekátu jsme nezjistili tumor.

Závěr: Robotická resekce ledviny je bezpečná a účinná metoda využívaná při nefron-šetřících operacích ledviny. Selektivní klampování snižuje riziko ischemického poškození ledviny.

CZ17 PARCIÁLNÍ NEFREKTOMIE – VZTAH POZITIVITY RESEKČNÍCH OKRAJŮ K RECIDIVĚ NÁDORU

Musilová H.¹, Staněk R.¹, Šupík J.²

¹Urologické oddělení, Slezská nemocnice v Opavě p. o., Opava

²Onkologická ambulance, Sdružené zdravotnické zařízení Krnov p. o., Krnov

Úvod: Nádorové onemocnění ledvin je závažné onemocnění, které tvoří 2–3 % všech nádorových onemocnění. Jednou z možností terapie u negeneralizovaných tumorů ledviny je parciální nefrektomie neboli nefrony šetřící operace (NSS), umožňující zachování nenádorové tkáně ledviny. Cílem práce bylo srovnat vztah positivity okraje resekátu k počtu recidiv nádoru.

Materiál a metody: Na našem pracovišti bylo provedeno v letech 2009–2016 celkem u 107 pacientů parciální nefrektomie, z toho pět operací bylo provedeno laparoskopicky. Do retrospektivní studie bylo zahrnuto 94 pacientů. Zbylých 13 pacientů bylo ze studie vyřazeno z důvodu ztráty follow up.

Výsledky: Z počtu 94 resekátů bylo u 21 vzorků zjištěno, že nádorové buňky dosahovaly okraje resekátu, neboli byla zjištěna pozitivita okraje. Recidiva nádorového onemocnění byla diagnostikována u devíti případů. Porovnáním údajů jsme zhodnotili, že u čtyř pacientů s pozitivním okrajem se objevila recidiva. Ve dvou případech byla následně provedena radikální nefrektomie. U 17 vzorků s pozitivním okrajem nebyla zjištěna recidiva ve sledovaném období. Z těchto 17 pacientů jeden pacient ve sledovaném období zemřel následkem jiného onemocnění. U tří pacientů s negativním okrajem se objevila recidiva a u tří pacientů s negativním okrajem byly ve sledovaném období zjištěny metastázy bez recidivy tumoru v místě resekce. U jednoho pacienta byla následně provedena radioterapie pomocí Cyberknife.

Závěr: Naše výsledky ukazují, že pozitivita okraje nemusí nutně vyústit v recidivu nádoru. U pacientů s negativním okrajem se v místě resekce může objevit recidiva nebo se u těchto pacientů mohou objevit metastázy, které mohly být založeny již v době operace, ale nebyly pomocí zobrazovacích metod detekovatelné.

CZ18 ENDOSKOPICKÁ RESEKCE NÁDORU LEDVINY STADIA PT1B

Musa N.¹, Hoření E.¹, Heráček J.^{1,2}, Pacigová D.¹,
Kočárek J.^{1,2}

¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha

²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Resekce ledviny je preferovaný operační výkon u pacientů s nádorem ledviny. Cílem práce bylo vyhodnotit peroperační a onkologické výsledky u pacientů, kteří podstoupili na našem pracovišti laparoskopickou nebo robotickou resekci ledviny s nálezem stadia pT1b v histopatologickém preparátu.

Materiál a metody: V období od ledna 2015 do června 2017 jsme provedli jednu laparoskopickou a čtyři robotické resekce ledvin u pacientů s patologickým stadiem nádoru T1b. Pro robotické resekce jsme použili systém da Vinci Si HD. Operace jsme prováděli z transperitoneálního přístupu a v lumbotomické poloze. Soubor pacientů jsme vyhodnotili retrospektivně.

Výsledky: Endoskopickou resekci ledviny podstoupili čtyři muži a jedna žena s průměrným věkem 54 roků (33–77), BMI 33,1 (24,8–48,9) a délkou hospitalizace 9 dnů (7–10). Průměr nádoru byl 54 mm (45–70), tři pacienti (60 %) podstoupili resekci levé ledviny, dva pacienti (40 %) resekci pravé ledviny. U jednoho pacienta (20 %), který byl 11 roků po nefrektomii pro nádor, jsme provedli resekční výkon na solitární ledvině. Průměrný operační čas byl 165 minut (135–195) a krevní ztráty 340 ml (100–500). Klampování renální arterie jsme provedli u tří pacientů (60 %), selektivní klampování u dvou pacientů (40 %). Průměrná doba teplé ischemie byla 16 minut (13–18). Nezaznamenali jsme intraoperační ani pooperační komplikace, u žádného pacienta nebyla nutná konverze na otevřený výkon. Histopatologické vyšetření resekátu prokázalo u všech pacientů světlobuněčný renální nádor stadia pT1b. Reziduální nádorové okraje jsme zaznamenali u jednoho pacienta (20 %).

Závěr: Rozvoj miniinvasivních technik posouvá hranice endoskopických výkonů a rozšiřuje počty pacientů s nádorem ledviny, kterým můžeme nabídnout zachovný výkon. Endoskopická resekce ledviny u nádorů nad 4 cm je proveditelná a bezpečná metoda léčby s akceptovatelnými onkologickými výsledky.

CZ19 ŘEŠENÍ SVĚTLOBUNĚČNÉHO RENÁLNÍHO KARCINOMU S INTRAKAVÁLNÍM TROMBEM – ZKUŠENOSTI JEDNOHO CENTRA

Moláček J.¹, Třeška V.¹, Čertík B.¹, Čechura M.¹,
Hora M.²

¹Chirurgická klinika FN v Plzni

²Urologická klinika FN v Plzni

Úvod: Chirurgické řešení excesivních tumorů ledvin s nádorovým trombem šířícím se až do dolní duté žíly zůstává stále kontroverzním tématem. Autoři prezentují vlastní zkušenosti, jejich diagnostický a terapeutický algoritmus. Diskutují jednotlivé chirurgické techniky.

Materiál a metody: Retrospektivní analýza souboru nemocných operovaných na našem pracovišti v období 1. 1. 2012–1. 6. 2017. Za pět a půl roku bylo operováno 10 nemocných (7 mužů, 3 ženy) s excesivní formou světlobuněčného renálního karcinomu s přítomností trombu v dolní duté žíle (8 x T3b, 1x T3c, 1x T4). Průměrný věk byl 55 let (42–84). U třech nemocných (30 %) již v době výkonu byly přítomny synchronní vzdálené metastázy primárního nádoru. Průměrná doba sledování je 36 měsíců (2–54).

Výsledky: Ve sledovaném souboru jsme nezaznamenali závažnou chirurgickou peroperační komplikaci ve smyslu embolizace nádorového trombu, či krvácení. Třicetidenní mortalita v našem souboru byla 10 % (1 nemocný), morbidita 30 % (3 nemocní). V průběhu sledování 4 nemocní (40 %) žijí bez známek recidivy či generalizace, 3 (30 %) žijí s lokální recidivou či generalizací. O dvou nemocných nemáme recentní údaje.

Závěr: Podle našeho názoru v precizně indikovaných případech pokročilých tumorů ledvin může být nefrektomie s trombektomií dolní duté žíly benefiční pro nemocného. Tento výkon má akceptovatelnou morbiditu i mortalitu. Je absolutně nutné směřovat tyto výkony do center.

CZ20 LAPAROSKOPICKÉ UROLOGICKÉ OPERACE U PACIENTŮ S VON HIPPEL-LINDAU SYNDROMEM

Novák K.¹, Macek P.¹, Pešl M.¹, Hanuš T.¹,
Zelinka T.²

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²3. Interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod: Von Hippel-Lindau syndrom (VHL) je autosomálně dominantně dědičné onemocnění s víceorgánovým postižením, z urologické oblasti adenokarcinomy ledvin a mnohočetné ledvinové cysty, feochromocytomy, cystadenomy nadvarlete. Prezentujeme pět pacientů s VHL řešených na naší klinice laparoskopickou operací (laparoskopická adrenalectomie – LA, laparoskopická resekce ledviny – LRL).

Materiál a metody: Od 4/2013 do 5/2017 jsme operovali pět pacientů s různými projevy VHL syndromu (4 muži a 1 žena) ve věku 23–47 let, dva pacienti byli sourozenci. Byly provedeny následující laparoskopické výkony v jedné době: 1. jednostranná LRL, 2. oboustranná LRL, 3. oboustranná LA s jednostrannou LRL pro dva tumory a druhostrannou resekci cysty ledviny (v terénu po předchozí otevřené oboustranné resekci nadledvin před 10 lety), 4. oboustranná LA s jednostrannou LRL, 5. jednostranná LA s biopsií tumoru ledviny s pacienta s oboustranným tumorem ledviny neřešitelným zachovnou operací.

Výsledky: LRL byly u tří ze čtyř pacientů provedeny bez ischemie, u jednoho byla teplá ischemie 12 minut. Vždy šlo histologicky o světlobuněčný karcinom pT1a, grade 1–2. U tří pacientů po LA (u dvou oboustranná LA) byl histologicky potvrzen feochromocytom (váha 12–60 g) – u dvou pacientů benigního chování (PASS skóre 2/20 a 3/20), u jednoho s nejistým biologickým chováním (PASS 6/20). Doba trvání operací byla od 64 do 259 minut, krevní ztráta 80–950 ml. Doba hospitalizace byla 3–7 dní, pooperačně byli všichni pacienti bez významných komplikací. U pacienta po LA s biopsií ledviny s oboustranným tumorem neřešitelným zachovným výkonem je aktuálně zvažována oboustranná nefrektomie.

Závěr: VHL je závažné hereditární onemocnění vyžadující multioborové sledování a léčbu. Úloha urologa spočívá zejména v operačním řešení feochromocytomů nadledvin a nádorů ledvin. V práci jsou prezentovány možnosti laparoskopické operativy u těchto pacientů, kdy je často nutno provést i oboustranný a kombinovaný výkon v jedné době.

CZ21 NEPOZNANÝ RCC V DÁRCOVSKÉ LEDVINĚ

Navrátil P.¹, Leško M.², Šercl M.³, Navrátil P. st.¹

¹Urologická klinika FN, Hradec Králové

²Chirurgická klinika FN, Hradec Králové

³Radiologická klinika FN, Hradec Králové

Úvod: Maligní onemocnění potenciálního dárce, které by mohlo být přeneseno transplantovaným orgánem do těla příjemce, je považováno za absolutní kontraindikaci odběru orgánů. Na kazuistice z 05/2017 je demonstrován případ tumoru dárčkové ledviny, který až do transplantace unikl všem screeningovým vyšetřením.

Popis klinického případu: Ledvina odebraná v jiném Tx centru byla pro podezření na atypický nález bioptována ze suspektní lokality. Předběžná biopsie popsala benigní mezenchymální tumor. V našem Tx centru byla provedena transplantace ledviny bez makroskopických známek tumoru. Definitivní histologie byla ohlášena pět dní po transplantaci a změněna na RCC. Opakovaně provedené UZ a nativní CT však tumor neukázaly. Námí doporučená MRI s k.i. byla však jasně popsána jako centrálně rostoucí RCC o velikosti 35 mm. 12. den po Tx byla provedena graftektomie – patologický závěr: RCC pT1a grade 1–2. Odebírající Tx centrum se po domluvě rozhodlo jimi natransplantovanou druhou ledvinu ponechat, stejně jako další centra i srdce a játra z téhož odběru. Pacient je nyní zpět na HDS, v plánu je sledování a zařazení po půl roce ve zvláštním pořadí zpět do waiting listu. Ostatní transplantovaní jsou intenzivně sledováni.

Závěr: Před transplantací ledviny vždy pomýšlíme na riziko maligního nádoru dárčkové ledviny (ale i na jakoukoliv jinou malignitu), to je zajištěno několikastupňovým screeningem.

CZ22

METASTÁZA RENÁLNÍHO KARCINOMU DO JAZYKA JAKO RARITNÍ LOKALIZACE METASTÁZY

Gašparík J., Vašínka J.

Urologické oddělení, Nemocnice Znojmo

Úvod: Většina renálních karcinomů je zachycena incidentálně a jsou menších rozměrů a bez generalizace. Generalizovaný renální karcinom nejčastěji metastazuje do plic, nadledvin, kostí a jater. V kazuistice popisujeme raritní lokalizaci metastázy do jazyka.

Popis klinického případu: Prezentujeme případ 73leté pacientky, která se dostavila k vyšetření pro ataku viditelné hematurie a bolesti v pravé lumbální oblasti. Bylo provedeno CT vyšetření s vyslovením suspekce na uroteliální tumor pravé ledvinové pánvičky. Doplněna ureterorenoskopie s biopsí. Biopse suspikovala uroteliální karcinom. Pacientka byla indikována k ureteronefektomii. Definitivní histologie popsala světlobuněčný renální karcinom pT1b Fuhrman grade II. Pacientka dále dispenzarizována. Po 13 měsících se u pacientky manifestoval na špice jazyka drobný tumorózní útvar tmavé barvy. Ložisko bylo excidováno s histologickým nálezem světlobuněčného renálního karcinomu. Provedeno re-stagingové CT vyšetření s výsledkem metastatického rozsevu do plic a jater, bez recidivy v lůžku. Pacientka odeslána na vyšší onkologické pracoviště, kde podstoupila biologickou léčbu.

Závěr: Jazyk je raritní místo metastázy renálního karcinomu. Literatura popisuje 28 případů od roku 1911. Z toho ve třech případech se jednalo o primární prezentaci onemocnění. Přítomnost metastázy renálního karcinomu v jazyku je ve většině případů znakem mnohočetné generalizace onemocnění.

CZ23

MALIGNÍ TUMOR LEDVIN DĚTSKÉHO VĚKU U DOSPĚLÉHO PACIENTA

Tomášek J., Navrátil P. st., Vachata S., Brodák M.

Urologická klinika FN, Hradec Králové

Úvod: Nefroblastom je časté onemocnění v dětském věku. Zaujímá 5 % ze všech dětských malignit. V dospělém věku je vzácný s výskytem pod 1 %.

Popis klinického případu: Předkládáme kazuistiku 33letého muže, který poprvé vyhledal lékařskou pomoc v říjnu 2016 pro ataku makrohaturie. Na vstupním vyšetření dominoval ultrazvukový nález expanze levé ledviny. CT břicha prokázalo rozsáhlý tumor levé ledviny s lymfadenopatií a metastatickým postižením jater. S tímto nálezem byl pacient odeslán na naše pracoviště. Na CT plic, které bylo provedeno tři týdny po CT břicha, byla patrna mohutná progresse metastatického postižení v zachycených částech jater a dále pak metastatické postižení plic. Pacient byl indikován k časně nefrektomii s lymfadenektomií. Překvapivým histologickým nálezem byl nefroblastom (Wilmsův tumor) v dospělém věku s dominancí epitelové a blastémové komponenty. V současné době pacient podstupuje onkologickou léčbu dle dětského protokolu SIOP 2001, po absolvování 6. cyklu chemoterapie a zevní radioterapie na reziduální tumorózní ložiska v játrech a uzlinách došlo k výrazné regresi nálezu na restagingovém vyšetření. Pacient nadále pokračuje v chemoterapii v redukované dávce pro anémii po chemoterapii.

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

CZ24

MULTIDISCIPLINÁRNÝ PRÍSTUP U DIEŤAŤA S WILMSOVÝM NÁDOROM A TROMBÓZOU RENÁLNEJ ŽILY A DOLNEJ DUTEJ ŽILY

Molčan J.^{1,2}, Baláž V.¹, Janek J.³, Koreň R.²,
Bician P.⁴, Galóová N.⁵

¹II. Urologická klinika SZU, FNŠP, Banská Bystrica

²Klinika detskej chirurgie SZU, DFNSP, Banská Bystrica

³Oddelenie cievnej chirurgie, FNŠP, Banská Bystrica

⁴Klinika pediatickej onkológie a hematológie SZU, DFNSP,
Banská Bystrica

⁵Oddelenie detskej onkológie a hematológie, DFN, Košice

Úvod: Cieľom autorov bolo poukázať na multidisciplinárny prístup u detí s Wilmsovým nádorom obličky a súčasnou trombózou renálnej žily a dolnej dutej žily. Prezentujeme kazuistiku.

Popis klinického prípadu: 4,5 ročné dievča. 8/2016 – úraz chrbáta, hematória. Ultrasonografia: USG: expanzia ľavej obličky. Pravá oblička v norme. Počítačová tomografia: CT: expanzia obličky s trombózou vena renalis (VR) s propagáciou trombu do vena cava inferior (VCI). CT pľúc bez metastáz. Suponovaný Wilmsov nádor. Neoadjuvantná chemoterapia. SIOP 2001. Heparinizácia. Kontrolné CT: regresia nádoru, pretrvávanie trombózy. Magnetická rezonancia a kavografia: trombus VR a nástenný trombus na ľavej laterálnej stene suparenálnej VCI: 25 mm, bez výraznej obliterácie lúmenu, bez kolateralizácie. USG: obliterácia VCI 60 %, prietoky iliakálnych ciev v norme. Operácia: parciálna resekcia VCI v retrohepatálnom úseku, plastika venóznym fresh alograftom (kadaverózný darca), in situ hypotermická prezervácia pravej obličky, ľavostranná nefrektómia, odstránenie uzlín (LU). Histológia: Wilmsov tumor, stredne rizikový, resekát VCI: zregredovaný trombus, LU bez malignity. Bez komplikácií. Pravá oblička: diuréza dobrá, USG obličky a prietoku ciev v norme. Adjuvantná chemoterapia: 6/2017. Heparinizácia: 1/2017. USG: 4/2017 pravá oblička v norme, dobré prietoky VCI. 5/2017: kreatinín 33.

Záver: Wilmsov nádor: 88 % lokalizovaný a jednostranný. Trombóza VCI: 4–10%. V takomto prípade je nevyhnutný multidisciplinárny prístup: pracovisko s dostatočnými skúsenosťami.

CZ25

MORBUS VON HIPPEL-LINDAU: UROLOGICKÁ DISPENZARIZACE ZACHRAŇUJE ŽIVOT

Plevová M., Pacík D., Vít V.

Urologická klinika FN Brno a LF MU, Brno

Úvod: Von Hippel-Lindauova choroba (VHL) je autosomálne dominantne dedičný nádorový syndrom s typickým multiorgánovým poškodením a prevalenciou 1:39 000 až 1:50 000. Klinicky sa manifestuje ako hemangioblastomy sítnice a centrální nervové sústavy, feochromocytom alebo cysty ledvín, nadvarlat a pankreatu. Současne je neznámym z sedmi hereditárne väzaných forem karcinomu ledviny (renal cell carcinoma – RCC).

Popis klinického prípadu: V únore 2016 bola 40letá heterozygotná pacientka s VHL (hemangioblastomy mozečku, sítnice, polycystóza pankreatu) odeslaná na naše pracovisko oftalmologem pro náhodný CT nález 31 mm nádorové expanzie na hornom pólu pravej ledviny. Byla indikovaná a provedena resekcia pravej ledviny s histologickou verifikáciou RCC, pT1a. Následně bylo urologické vyšetření cíleně provedeno i u pacientčiny 63leté matky s VHL. Na CT se zobrazilo 22 mm postkontrastně se sytící ložisko na hranici horní a střední třetiny pravej ledviny. Analogickým operačním řešením byl v srpnu 2016 histologicky potvrzen rovněž RCC, pT1a. V současnosti jsou obě pacientky bez nálezů diseminace onemocnění a mimo urologii jsou dispenzarizovány na neurochirurgii, oftalmologii a gastroenterologii.

Záver: RCC se vyskytuje až u 70 % pacientů s VHL a je častou příčinou úmrtí. Vzhledem k tendenci multifokálního a bilaterálního poškození ledvín je doporučeno provádění resekčních nebo fokálních výkonů šetřících tkáň ledviny. Důraz musí být kladen na urologickou dispenzarizaci a multidisciplinární přístup.

CZ26

**RENO-ALIMENTÁRNÍ PÍŠTĚL
V ANEURYZMATU PO RESEKCI LEDVINY****Šťastná Bedrnová K.¹, Vítů V.¹, Zahálka M.²**¹Urologické oddělení Nemocnice Pelhřimov²Chirurgické oddělení Nemocnice Pelhřimov

Úvod: Píštěle mezi močovým traktem a okolními orgány (kůží, pohlavním či trávicím systémem) představují úporný a relativně častý problém urologické praxe. Většina píštělí vzniká v důsledku nádorového, zánětlivého či poradiačního procesu. Patologické komunikace mezi horními močovými cestami a trávicí soustavou jsou raritní komplikací. Literatura uvádí méně než 1 % případů. Reno-alimentární píštěle jsou převážně iatrogenní etiologie, výskyt byl dokumentován např. po perkutánní nefrostomii, RFA nebo laparoskopické kryoablaci.

Popis klinického případu: 75letá pacientka, 18 měsíců po nekomplikované resekci levé ledviny pro RCC, přivezena do naší nemocnice s bolestmi břicha a rektoragii. Pro celkový stav přijata na chirurgickou JIP. Provedena kolonoskopie, při které ve 40 cm od anu nalezen prokrváčený plošný útvar vel. 20 mm v miskovité prohlubni. Nález uzavřen jako koagulum v divertiklu. Následné CT břicha prokázalo aneuryzma předního labia levé ledviny, v místě po předchozí resekci, bez zřejmé komunikace se sestupným tračníkem. Pro zhoršující se stav pacientky provedena akutní operační revize – levostranná nefrektomie s resekci lienární flexury a end-to-end transverso-descendentno anastomózou dle Algower-Gambeeho. Dvanáctý pooperační den pacientka v dobrém stavu dimitována. Při poslední kontrole v květnu 2017 zhojena, bez obtíží. Histologicky potvrzen peroperační nález – píštěl mezi poresekčním aneuryzmatem ledviny a colon descendens, bez průkazu recidivy RCC.

Závěr: Prezentujeme vzácný případ komplikace po jinak běžné urologické operaci.

CZ27

**PROGRÁDNÍ UNBLOC RESEKCE
MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – TECHNIKA
PROVEDENÍ****Staněk R.¹, Kokoř T.¹, Sehnánková E.²**¹Urologie Slezská nemocnice Opava²Patologie Slezská nemocnice Opava

Úvod: Endoresekte močového měchýře patří k nejčastějším operačním endourologickým zákrokům. Na kvalitě provedení zákroku závisí kvalita odebraného histologického vzorku a z něj se odvíjející kvalita výsledku hodnocení patologem. Krok za krokem se tak dostáváme ke konečnému výsledku, který následně určí správnou léčbu nádoru. Bipolární prográdní unbloc endoresekte močového měchýře přináší jednu z možností, jak dosáhnout výborné kvality odebraného vzorku. V našem sdělení vám předáme získané zkušenosti s touto technikou.

Popis klinického případu: Ve sdělení ukazujeme možnosti, jak provádět prográdní unbloc resekci močového měchýře, jakými technikami a v jak velkém rozsahu lze provádět unbloc resekci. Součástí sdělení je pohled patologa a kazuistické srovnání standartní techniky endoresekte a unbloc resekte z pohledu patologa.

Závěr: V našem sdělení prezentujeme zkušenosti s technikou unbloc resekte a to jak z pohledu urologa, tak z pohledu patologa.

CZ28 VYHODNOCENÍ ČETNOSTI HIGH- -RISK TUMORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U PACIENTŮ PO ENDOSKOPICKÉ LÉČBĚ

Skoták H., Král M., Študent V.

Urologická klinika FN, Olomouc

Úvod: High-risk karcinomy močového měchýře představují významné riziko morbidity a mortality pro pacienty a zůstávají léčebnou výzvou. I přes vysokou úspěšnost léčby neinvazivních tumorů močového měchýře dochází často k recidivě nebo dokonce dalšímu progresu onemocnění, což vede ke zhoršení prognózy pacienta.

Materiál a metody: V letech 2015–2016 jsme v naší nemocnici provedli 360 endoskopických výkonů na močovém měchýři (TUR-B) v celkové anestezii. Vyhodnotili jsme výskyt high-risk tumorů v definitivní histologii, přítomnost svaloviny v resektátu, výsledky při časně rebiopsii, ev. radikální cystektomii (RACE) a výskyt recidivy ve sledované skupině.

Výsledky: Z 360 endoskopií se histologicky prokázal u 77 pacientů (21 %) nádor močového měchýře, který splňoval kritéria pro zařazení do skupiny „high-risk“. Již během první endoresektace byly odebrány vzorky z hladké svaloviny detruzoru v 64 případech (83 %). Časná re-TURB-T byla provedena ve 40 případech (51,9%), pacientů indikovaných ke kontrolní cystoskopii za 3 měsíce bylo 27 (31 %). U jedné pacientky byla provedena radio-chemoterapie. Ze 40 provedených re-TURB byl ve 14 případech zachycen tumor, z toho se ve 12 případech jednalo o high-risk-tumory. U pacientů indikovaných k primárně cystoskopické kontrole po třech měsících byla zjištěna recidiva v šesti případech (22%). V osmi případech byla primárně indikována RACE, s nebo bez předcházející neoadjuvantní chemoterapie. Po pozitivním histologickém nálezu v časně re-TUR-B močového měchýře byla indikována RACE ve dvou případech. U 67 pacientů, kteří nepodstoupili RACE, bylo při dalším sledování do současnosti zachyceno 11 případů recidivy uroteliálního karcinomu všech stadií, z toho u pěti pacientů byla provedena RACE. Tři pacienti nepokračovali v další léčbě. Celkem ve sledované skupině byla provedena RACE u 15 (19,5%) pacientů s primárním nálezem high risk tumoru ve sledovaném dvou a půlletém období.

Závěr: V retrospektivní analýze z našeho pracoviště se v průběhu sledování prokázala recidiva uroteliálního karcinomu močového měchýře ve 31 (44,9%) případech, téměř 20 % pacientů diagnostikovaných s high-risk tumorem v letech 2015 a 2016 nakonec podstoupilo radikální cystektomii.

CZ29 NEOAJUVANTNÍ CHEMOTERAPIE U PACIENTŮ S INVAZIVNÍMI NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Žemla P.

Urologická klinika FN, Olomouc

Úvod: V České republice tvoří nádory močového měchýře 6. nejčastější malignitu u mužů a 13. u žen. Na základě invaze tumoru do svaloviny, nálezu CIS nebo recidivujících agresivních tumorů jsou pacienti indikováni k radikální cystektomii. Cílem této práce bylo zhodnotit efekt neoadjuvantní chemoterapie u pacientů, u kterých byla provedena radikální cystektomie.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme analyzovali vybraný soubor 48 pacientů, u kterých byla na našem pracovišti provedena radikální cystektomie od roku 2012–2014. U 12 z nich byla podána neoadjuvantní chemoterapie, zbylých 36 pacientů bez neoadjuvantní chemoterapie bylo zařazeno do kontrolní skupiny. Průměrná doba pooperačního sledování byla 35 měsíců.

Výsledky: Průměrný věk našeho souboru byl 68 let. Neoadjuvantní chemoterapie byla podána 25 % pacientů o průměrném věku 62 let, průměrný věk kontrolní skupiny byl 70 let. Remisi onemocnění jsme zaznamenali u 67 % pacientů s neoadjuvantní chemoterapií oproti 56 % pacientů v kontrolní skupině. Výskyt metastáz byl u obou skupin shodný a to 17 %. Úmrtí pacientů ve sledované době byla nižší u skupiny s neoadjuvantní chemoterapií a to 17 % oproti 28 % v kontrolní skupině. Pacientům s neoadjuvantní chemoterapií byla také častěji podána adjuvantní terapie a to ve 33 % případů oproti 19 % v kontrolní skupině. Paliativní terapie byla provedena u obou skupin shodně a to v 17 %.

Závěr: Ačkoliv naše data naznačují příznivý efekt pooperačních výsledků u pacientů, kterým byla aplikována neoadjuvantní terapie, obě skupiny nelze objektivně porovnávat, vzhledem k velké selekční bias pacientů podstupujících neoadjuvantní chemoterapii.

CZ30 MORBIDITA A MORTALITA TOTÁLNÍ EXENTERACE PÁNVE. VÝSLEDKY Z TERCIÁRNÍHO CENTRA VE VELKÉ BRITÁNII

Hrbáček J., Sangar V., Lau M.W., Ramani V.C.,
Christopoulos P., O'Dwyer S., Renehan A.,
Wilson M., Fulford P., Aziz O., Selvasekar C.,
Slade R., Winter-Roach B., Smith M., Clarke N.W.

The Christie NHS Foundation Trust, Department of Surgery,
Manchester, Velká Británie

Úvod: Totální exenterace pánve (TEP) může být indikována u lokálně pokročilých nádorů rektosigmatu, gynekologických nebo urologických orgánů. Patří mezi nejkomplexnější onkochirurgické operační výkony a je zatížena vysokou morbiditou i mortalitou. Měla by se provádět ve specializovaných centrech, ideálně v multioborové spolupráci.

Materiál a metody: Soubor zahrnuje pacienty, kteří podstoupili TEP v naší instituci mezi březnem 2006 a červnem 2016. Analyzovali jsme následující údaje: pohlaví, věk, původ nádoru, délku hospitalizace, datum úmrtí a komplikace. Komplikace jsme klasifikovali podle CTCAE verze 4.0 (National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events).

Výsledky: Celkem 140 pacientů (94 mužů a 46 žen) podstoupilo TEP pro kolorektální (n=99), gynekologickou (n=13) nebo urologickou (n=28) malignitu. Průměrný věk pacientů byl 61,3 let (62,5 u nádorů kolorekta; 56,3 u ženských nádorů; 59,6 u nádorů urologického původu). Střední délka sledování byla 66 měsíců (1–123). Ze 140 pacientů jich 59 (42%) zemřelo. Pětileté celkové přežití činilo 42,7% (39,4–50,0). Mortalita v prvních 30 dnech po operaci byla 0,7% a 90denní mortalita 1,4%. Střední délka hospitalizace byla 19,5 dne. Podrobnosti o pooperačních komplikacích máme k dispozici u 114 pa-

cientů (81%). Čtyřicet čtyř pacientů (47,7%) nezaznamenalo žádnou pooperační komplikaci. Ostatních 71 pacientů mělo celkem 89 pooperačních komplikací. Závažnost komplikací je známa u 68 pacientů. Dvacet šest operovaných (38%) mělo komplikaci 1.–2. stupně, 41 nemocných (60%) mělo komplikaci 3.–4. stupně a jeden komplikaci 5. stupně – úmrtí na bronchopneumonii a ARDS (1,5%). Pětkrát musel být pacient znovu operován.

Chirurgické komplikace	n / 114	%
rané komplikace	13	11,4
kolekce tekutiny	5	4,4
rozpad střešní anastomózy	1	0,9
rozpad ureterointestinální anastomózy	2	1,8
ileus	8	7,0
vysoký odpad z ileostomie	6	5,3
střešní obstrukce	2	1,8
pooperační krvácení	2	1,8
sepsy	11	9,6
reoperace	5	4,4
příštěl	3	2,6
jiné	2	1,8
Interní komplikace	n / 114	%
kardiální (fibrilace síní, ischemie)	5	4,4
PE	2	1,8
akutní selhání ledvin	4	3,5
infekce dýchacích cest	13	11,4
infekce močových cest	5	4,4
jiné	4	3,5

Závěr: Pooperační mortalitu máme nižší než v publikovaných sériích, výskyt komplikací je srovnatelný. Mezioborová spolupráce je nezbytná pro dosažení optimálních výsledků.

CZ31

VÝHODY AIRSEAL SYSTÉMU
PŘI ROBOTICKÝCH VÝKONECHJuhász A.¹, Hoření E.¹, Pacigová D.¹, Čermák M.¹,
Kočárek J.^{1,2}¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Airseal systém je nový, bezventilový insuflační systém, který umožňuje stabilní pneumoperitoneum/extraperitoneum s kontinuálním odváděním kouře a recirkulaci CO₂ v průběhu výkonu. Cílem je komparativní retrospektivní hodnocení prvních zkušeností s Airseal systémem při robotických výkonech ve srovnání se standardním insuflátorem.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme vyhodnotili soubor 101 (23 operací ledviny a 78 operací prostaty) po sobě jdoucích pacientů, kteří podstoupili v období 4/2016–3/2017 na našem pracovišti robotickou resekci ledviny (RRL) nebo radikální prostatektomii (RRP) s použitím Airseal systému nebo standardního insuflátoru pod vedením jednoho operátora. Hlavními sledovanými parametry byla délka operačního výkonu a objem použitého CO₂. Demografické charakteristiky obou souborů byly podobné.

Výsledky: Průměrná délka operačního výkonu se při použití Airseal systému ve srovnání se standardním insuflátorem u RRP významně nelišila, tj. 113 minut (70–180), resp. 109 minut (75–155). Při RRL jsme zaznamenali při použití Airseal systému statisticky významné zkrácení operační doby o 23 % oproti standardnímu insuflátoru, tj. 105 minut (70–130) vs. 137 minut (60–195). Spotřeba CO₂ během výkonu se u obou skupin statisticky nelišila.

Závěr: Airseal systém umožňuje výrazně komfortnější a bezpečnější plnění břišní dutiny plynem, zajišťuje lepší přehlednost operačního pole i při kontinuálním odsávání, snižuje četnost poklesů nitrobřišního tlaku pod 8 mmHg a počet přerušení výkonu pro očištění kamery. Další výhodou je snížení celkové délky operační doby u náročnějších výkonů. Nevýhodou je finanční náročnost komponent na jedno použití.

CZ32

VYUŽITÍ INDOCYANINOVÉ ZELENĚ
PŘI ROBOTICKÝCH VÝKONECHPacigová D.¹, Čermák M.¹, Juhász Á.¹, Heráček J.^{1,2},
Kočárek J.^{1,2}¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Zobrazení pomocí infračerveného fluorescenčního záření s intraoperačním podáním indocyaninové zeleně (ICG) je slibnou technologií v miniinvazivní chirurgii. ICG je trikarbocyanin, ve vodě rozpustná látka, která emituje záření jasně zelené barvy při použití infračerveného záření o vlnové délce 700–1 000 nm. ICG používáme k identifikaci cévních struktur a k rozlišení denzity tkání.

Materiál a metody: Vyhodnotili jsme skupinu osmi pacientů, u kterých jsme v období 6/2016–5/2017 provedli robotickou resekci ledviny (RRL), radikální prostatektomii (RRP) nebo mikrovarikokelektomii (RV) s použitím ICG. Výkony jsme prováděli standardním způsobem, při operaci jsme na pokyn operátora podali intravenózně ICG.

Výsledky: Soubor tvořilo šest mužů a dvě ženy ve věku 27 až 70 roků, bez významných komorbidit a s průměrným BMI 26,1 (21,8–32,0). Použili jsme koncentraci 2,5 mg/ml ICG, celková dávka podané látky byla rozdílná dle typu výkonu (2–10 ml). Největší přínos jsme zaznamenali v přesnější vizuální identifikaci cévních struktur a nádorového ložiska při RRL, kdy normální parenchym ledviny byl zbarven jasně zeleně, zatímco tumor se jevil jako hypofluorescentní. ICG jsme při RRL používali také pro kontrolu rozsahu ischemie parenchymu ledviny při selektivním klampování. U pacientů s RRL jsme nezaznamenali v histopatologickém preparátu pozitivní chirurgické okraje. Průměrná délka výkonu, krevní ztráty a doba hospitalizace se nelišily od výkonu bez použití ICG, nepozorovali jsme žádné vedlejší účinky.

Závěr: ICG má příznivý bezpečnostní profil, barvivo není nefrotoxické a může být použito i u pacientů s kontraindikací aplikace kontrastní látky. Podání ICG je bezpečná metoda k lepší identifikaci vybraných anatomických struktur v průběhu robotických výkonů, její nevýhodou je finanční náročnost.

CZ33

LAPAROSKOPICKÁ RESEKCE ZALOMENÉHO KONDUITU A KOREKCE PARASTOMÁLNÍ KÝLY PO LAPAROSKOPICKÉ RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII – VIDEO

Balík M.¹, Sotona O.²¹Urologická klinika FN, Hradec Králové²Chirurgická klinika FN, Hradec Králové

Úvod: Parastomální kýla se zalomením konduitu patří ke vzácnějším, ale o to závažnějším komplikacím radikální cystektomie pro invazivní uroteliální karcinom.

Popis klinického případu: U 66letého muže po laparoskopicky asistované radikální cystektomii s Brickerovým konduitem pro invazivní uroteliální karcinom došlo po 2,5 letech nekomplikovaného pooperačního období k rozvoji akutní anurie po větší fyzické námaze. CT prokázalo zalomení konduitu v parastomální kýle s obstrukcí horních močových cest, byla vyloučena porucha střevní pasáže. Stav se upravil po zavedení permanentního močového katétru do konduitu. Byla indikována laparoskopická revize s odstupem. Výkon byl zahájen založením kapnoperitonea v medioklavikulární čáře vlevo v podžebří. Nejprve byly rozrušeny adheze omenta a střevních kliček k původní minilaparotomii. Poté byly vytaženy adhezivní kličky z parastomální kýly a provedena deliberace konduitu. Po zrušení kapnoperitonea bylo resekováno 10 cm konduitu. Na zbytek konduitu byla navlečena intraperitoneální kýlní síťka (Parietex) a byla provedena konstrukce nové urostomie. Po obnovení kapnoperitonea byla kýlní síťka rozbalena po břišní stěně v okolí konduitu a přichycena svorkami (Securastrap).

Závěr: Parastomální kýla není častou, ale o to závažnější komplikací po konstrukci Brickerova konduitu. Pacienta ohrožuje obstrukcí horních močových cest s renální insuficiencí, rozvojem obstrukční pyelonefritidy a poruchou střevní pasáže. Laparoskopická deliberace se zdá být vhodnou metodou řešení.

CZ34

KAZUISTIKA VZÁCNÉHO MUCINÓZNÍHO ADENOKARCINOMU URETRY A MOŽNOSTI JEHO CHIRURGICKÉHO ŘEŠENÍ

Bartáková L.¹, Adamcová V.¹, Záleský M.¹,
Levý M.², Zachoval R.^{1,3}¹Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha²Chirurgická klinika Thomayerovy nemocnice, Praha³Urologická klinika 1. a 3. LF UK, Praha

Úvod: Nádory uretry jsou v urologii vzácné a mucinózní adenokarcinom uretry je raritní. Kazuistika ukazuje na možnost výskytu, symptomatiku, diagnostiku a chirurgické řešení tohoto nádoru.

Popis klinického případu: Prezentujeme 55letého muže vyšetřovaného pro retenci moči a periuretrální absces. Prvotním ošetřením bylo založení epicystostomie a drenáž abscesu. Byla doplněna uretroskopie s nálezem tumoru bulbární uretry. Následovala biopsie tumoru, perineální uretrotomie jako derivace moči a pravostranná orchiektomie. Histologicky byl nádor popsán jako adenokarcinom kolorektálního typu. Pát-rání po tomto origu však neprokázalo postižení gastrointestinálního traktu. Nález byl poté patologem přehodnocen jako vzácná varianta mucinózního adenokarcinomu vývodných cest močových. Staging prokázal lokálně pokročilý tumor bulbární uretry, bez generalizace. Pacient byl k definitivnímu řešení odeslán na naše pracoviště, kde byla ve spolupráci urologa a chirurga provedena radikální cystektomie s totální amputací penisu a resekci zevního genitálu, levé varle zůstalo zachováno. Defekt na hrázi byl řešen lalokou plastikou. Pooperační období bylo komplikováno ischemií laloku s nutností operační revize a jeho resekci. Další průběh byl již bez komplikací. Po dimisi byl pacient odeslán k adjuvantní chemoterapii v místě bydliště.

Závěr: Kazuistika poukazuje, že je třeba myslet na možnost výskytu tumoru i v méně obvyklých lokalizacích a i při lokálně pokročilých nálezech je chirurgické řešení možné a pacienti z něho mohou profitovat.

CZ35

**NEDIFERENCOVANÝ SARKOM
RETROPERITONEA – KAZUISTIKA****Čapka D.¹, Mašková V.¹, Kolombo I.¹, Klézl P.¹,
Nencka P.¹, Štanc O.¹, Richterová R.¹, Hruška M.¹,
Šonský J.¹, Gregušová A.¹, Šach J.², Michal M.³**¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha²Ústav patologie 3. LF UK a FNKV, Praha³Šíklův ústav patologie LF UK a FNP, Plzeň

Úvod: Primární nádory retroperitonea jsou velmi vzácné. V diagnostice hraje klíčovou roli výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI). Definitivní diagnózu zpravidla potvrdí až histologické vyšetření.

Popis klinického případu: 35 letá pacientka byla akutně přijata na naše pracoviště pro hematurii a tupé bolesti v suprapubické oblasti. CT břicha a malé pánve ukázalo lehké zvětšení ledviny vpravo, rozšíření dutého systému a promínení parenchymu. Ureterorenoskopie ukázala nehomogenní náplň pánvičky s výpadky kontrastní látky. Histologie tkáně odpovídala nekróze. Po jednom měsíci USG patrná dilatace ledvinné pánvičky vpravo II. st. s nehomogenním obsahem. Dle CT s IVU tumorózní hmoty vyplňující pánvičku prorůstající do ureteru, retroperitonea, kde dosahovaly rozměrů 110x70x46 mm. Provedena biopsie, CT hrudníku, scinti skeletu bez metastáz. Dle MRI meta páteře. K definitivnímu potvrzení diagnózy bylo nutno provést molekulárně genetické vyšetření. Následně pacientka léčena chemoterapií na spec. pracovišti. Dle kontrolního CT a scinti progresse tumoru i meta. Indikována paliativní péče.

Závěr: Liposarkom je mezenchymální nádor, někdy více či méně diferencovaný, který se vyskytuje nejčastěji v tukové tkáni končetin a retroperitonea. Bývá dlouho díky svému uložení asymptomatický. Rozhodující pro stanovení diagnózy je biopsie postižené tkáně. Nejúspěšnější je stále léčba chirurgická. V kazuistice, vzhledem k rozsahu nálezu, byla po konzultaci se specialisty onko-centra voleno primárně několik cyklů chemoterapie. Přesto progresse onemocnění.

ANDROLOGIE, INKONTINENCE

CZ36

SOUBOR NEMOCNÝCH OPEROVANÝCH PRO PODEZŘENÍ NA TORZI VARLETE

Novák I., Hurtová M.

Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Úvod: Torze varlete při pozdní diagnóze vede ke ztrátě orgánu. Jedinou 100% diagnostickou metodou je provedená operační revize. Práce uvádí rozbor souboru operovaných pro akutní skrótum s podezřením na torzi varlete z pohledu stranového postižení, doby trvání, věku nemocného, porovnání klinických a USG nálezů, typu operace (záchovná/ablační).

Materiál a metody: Retrospektivní zhodnocení souboru 51 operovaných pro akutní skrótum v letech 2012–2016. Postižená strana vlevo 34, vpravo 17 nemocných. Průměrný věk v době revize byl 13,3 roku (perinatálně – 41R): perinatálně 6x, do 1R 2x, 1–5R 3x, 5–10R 4x, 10–15R 17x, nad 15R 19x. Všichni před operační revizí vyšetřeni USG s dopplerem.

Výsledky: Předoperační USG diagnóza byla: 24/51 (48%) neprůtočných varlat, 6/51 (11%) torzí appendixu. U 21/51 (41%) neprokazovalo torzi varlete/apendixu: normální průtoky varletem 1x, semitorzi 3x, USG nález mluvící pro stav po spontánní detorzi 1x, 16x jiná (např.: hematom, spermatokéla, záněť). Z nich u 2/21 (10%) opakovaný USG prokázal neprůtočnost varlete. Při následné operační revizi byla prokázána u 31/51 (61%) torze varlete, u 12 (24%) torze přívěšku, 1 (2%) hemoragickou purpuru varlete a 7 (13%) jiné onemocnění (viz shora). U 16/51 (31%) provedena orchiektomie (OE) pro hemoragickou infarktizaci (perinatálně 6x, do 1R 1x, 1–5R 2x, 10–15R 1x, nad 15R 6x). Z toho žádná OE nebyla provedená do 6 h od vzniku příznaků, 6–24 hod. 2x, nad 24 h 14x. Vlevo OE provedena u 11/34 (32%) revizí, vpravo u 5/17 (29%).

Závěr: V našem souboru bylo více postižení strany levé s nutností OE. Pravděpodobnost OE rostla významně po 6 hod. od prvních příznaku a ve skupině nemocných do 5 let věku. USG nálezy průtočnosti varlete nevylučují možnost torze (progrese/recidivy u semitorzí, nerozpoznané torze). Efektivita USG je přímo závislá na vyšetřujícím a USG technice. V případech operace prokázané hemoragické infarktizace, popřípadě neobnovování se průtoku po detorzi, je indikace k provedení orchiektomie.

CZ37

KOMPLIKÁCIE DLHODOBEJ LIEČBY S TESTOSTERÓNOM. ÚČINKY NA KOSTNÚ DREŇ, POLYGLOBÚLIA

Levčíková M.¹, Fillo J.², Luha J.³, Breza J.², Dúbravický J.², Kováčová E.⁴

¹Univerzitná nemocnica Bratislava Urologické oddelenie Petržalka

²Univerzitná nemocnica Bratislava Urologická klinika Kramáre

³Katedra Biologie a Genetiky LF UK, Bratislava

⁴Univerzitná nemocnica Bratislava

I. Interná klinika LF UK, Bratislava

Úvod: Suplementácia s testosterónom (TRT) u mužov so syndrómom nedostatku testosterónu (TDS) má mnoho priaznivých účinkov a zlepšuje kvalitu života postihnutých mužov. U časti liečených mužov kostná dreň aj po dosiahnutí horného limitu KO pokračuje v produkcii a vznikne polyglobulia. V tejto práci hodnotíme dlhodobé hematologické vedľajšie účinky TRT: (polyglobulia: zvýšený počet erytrocytov (Ery), zvýšený hemoglobín (Hb) a hematokryt (Ht)).

Materiál a metody: Autori liečili 69 mužov s TDS priemernej vek bol 59 rokov a sledované obdobie bolo 81,32 mesiacov. Muži boli liečení 3 mesačnými injekciami s 1000 mg testosterone undecanoate.

Výsledky: Výsledky: 21 zo 69 mužov (30,43%) malo počas liečby zvýšený Hb, Ht alebo Ery. Autori predpokladajú, že len 5 mužov (7,24%), ktorí mali zvýšený počet Ery má skutočne polyglobúliu.

Tabuľka 1.

Erytrocity	Hemoglobin	Hematocrit	n	%
Ery elevated	Hb elevated	Ht elevated	4	5,80
Ery elevated	Hb normal	Ht elevated	1	1,5
Ery normal	Hb elevated	Ht elevated	11	16
Ery normal	Hb elevated	Ht normal	1	1,5
Ery normal	Hb normal	Ht elevated	4	5,8
Ery normal	Hb normal	Ht normal	48	69,6

Závěr: Anabolický účinok testosterónu ma veľa pozitívnych účinkov vrátane stimulácie kostnej drene a zlepšenia počtu červených krviniek ako autori dokázali aj tejto práci (tabuľka. 1.) Toto pomáha zlepšiť zásobovanie tkanív kyslíkom a znižovať únavu. Autori zistili, že nie všetky zložky sú zvýšené. Zistili, že len 7% mužov má polyglobúliu ostatní mali zvýšený Hb a Ht. Žiadny muž so zvýšenými hodnotami Hb, Ht alebo Ery nemal komplikácie (ako trombóza). Stále nie je jasné prečo u niektorých mužov na TRT nefunguje spätná väzba a kostná dreň produkuje Ery aj keď sa dosiahla horná hranica. U mužov s TDS na TRT je potrebné sledovať krvný obraz v pravidelných intervaloch. V týchto prípadoch je jednoduché riešenie predĺžiť interval podávania z 12 na 14 prípadne viac týždňov, a tak eliminovať potenciálne riziko trombotických komplikácií.

CZ38

VZTAH KOUŘENÍ A KARDIOVASKULÁRNÍHO RIZIKA U MUŽŮ S EREKILNÍ DYSFUNKCÍ V ČESKÉ POPULACI

Zámečník L.^{1,2}, Novák J.^{3,4}, Urbanec J.⁵, Bittner L.^{2,6}, Šrámková T.^{1,7}, Hradec T.¹, Hanuš T.^{1,8}, Králíková E.^{9,10}

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

²Iscare IVF, Praha

³Urologické oddělení Oblastní nemocnice Kladno, a. s.

⁴TH klinika, s. r. o., Praha

⁵1. lékařská fakulta UK, Praha

⁶Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

⁷Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha

⁸Katedra urologie IPVZ, Praha

⁹Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK, Praha

¹⁰Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Kouření tabáku negativně ovlivňuje množství i složení krevních lipoproteinů, ovlivňuje hodnoty krevních lipidů. Snižuje inzulinovou senzitivitu, vede k manifestaci inzulinové rezistence. Tyto změny v metabolismu, ve spojení s hypertenzí, jsou jedním z důvodů dvojnásobného kardiovaskulárního rizika (KV) u kuřáků. Rizikové faktory KV onemocnění vedou k projevům sexuální dysfunkce.

Materiál a metody: Do sledování zařazeno (10/2014 do 3/2017) 90 mužů kuřáků vyšetřených pro erektilní dysfunkci (ED) (věk 30–78 let, průměr 57,2 roku) s průměrnou spotřebou cigaret 1,4–126 krabičkoroků (průměr 38,3). Pacienti byli vyšetřeni fyzikálně, laboratorně a dotazníkem IIEF-5, KV riziko bylo vypočteno systémem SCORE. Posuzovány byly parametry související s kouřením (celkový počet cigaret, krabičkoroky, snaha o zanechání kouření, počet pokusů o zanechání kouření). Hodnocení bylo korelační. Závislosti mezi číselnými veličinami byly posouzeny pomocí korelačních koeficientů a bodových grafů. Závislosti mezi kategoriálními a číselnými veličinami byly posouzeny pomocí ANOVA F-testů a krabicových grafů.

Výsledky: Silná korelace byla prokázána mezi krabičkoroky a hodnocením IIEF-5, střední korelace byla zastižena mezi dobou kouření a hladinou testosteronu, obdobně jako mezi testosteronem a krabičkoroky. Při hodnocení KV rizika pomocí SCORE byla jasná korelace mezi krabičkoroky a hodnotami SCORE, stejně jako mezi SCORE a hladinami testosteronu. Dále středním stupněm korelace souvisejí krabičkoroky a ICHS, hypertenze a diabetes. Korelace byla zastižena mezi krabičkoroky a hladinou celkového, LDL a HDL cholesterolu. Naopak nebyl prokázán vztah mezi hodnocením IIEF-5 a obvodem pasu, BMI. Doba mezi počátkem kouření a pacientovými prvními příznaky ED je v průměru až 30 roků. Pacienti udávali v 62,2% snahu o zanechání kouření, největší skupina vykazovala dva a více pokusů o zanechání kouření.

Závěr: Výsledky prokazují korelaci kouření a vybraných rizikových faktorů KV onemocnění a vlivů působících ED. Jednalo se o první fázi mužů kuřáků ze skupiny s ED a KV rizikem. Projekt bude porovnávat skupinu nekuřáků s projevy ED, při možnosti vlivu více faktorů na projevy ED aplikovat multivariantní analýzu.

CZ39

PENOSKROTÁLNÍ PŘÍSTUP PŘI IMPLANTACI INFLATABILNÍCH PENILNÍCH PROTÉZ

Bittner L.^{1,2}, Zámečník L.^{2,3}

¹Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Iscare, Praha

³Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Implantace penilní protézy je třetí linií léčby poruch erekce. Implantace trojdílné inflatabilní protézy je technicky poměrně komplikovaný výkon, při kterém je možno volit z penoskrotálního, infrapubického a v některých případech i subkoronárního přístupu.

Popis klinického případu: V našem centru jsme od března 2016 implantovali 17 penilních protéz, z toho 3 polotuhé a 14 trojdílných, nafukovacích. Ve všech případech jsme využili penoskrotálního přístupu vzhledem k rychlejší expozici kavernózních těles, nižšímu riziku poranění dorzálního svazku a možnosti implantace pumpy do skróta pod přímou kontrolou zraku.

Závěr: Penoskrotální přístup je pro implantace penilních protéz zlatým standardem, který přináší chirurgovi dobrý přehled v operačním poli. Výhodou infrapubického přístupu je optická kontrola zavedení rezervoáru do Retziova prostoru. Subkoronární přístup je vhodné využít při současné modelaci deformity penisu či při prodlužovacích operacích.

CZ40

**NAŠE PRVNÍ ZKUŠENOSTI
S ROBOTICKOU VARIKOKELEKTOMIÍ****Čermák M.¹, Heráček J.^{1,2}, Chmelík F.¹,
Sobotka V.¹, Kočárek J.^{1,2}**¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Metodou první volby chirurgické léčby varikokély, která splňuje současně požadavky na nízkou invazivitu a výborný operační výsledek, je mikrochirurgický podvaz pampiniformní pleteně. Možnou alternativou operačního mikroskopu je použití robotického systému.

Popis klinického případu: Od května 2017 jsme provedli na našem pracovišti tři robotické varikokelektomie (RV). Věk pacientů byl 44, 33 a 24 roků, jejich BMI bylo v rozmezí 21,9–29,7. Průměrný operační čas skin to skin byl 85 minut (60–110). Dva pacienti byli operováni z důvodu symptomatické levostranné varikokély, třetí pro patologický nález ve spermioqramu. Výkony jsme provedli za pomoci robotického systému da Vinci Si HD, operační postup byl stejný jako u standardní mikrochirurgické varikokelektomie. Robotickou platformu jsme umístili z kontralaterální strany pacienta. K osazení pracovních ramen robota jsme použili přímou optiku s 10násobným zvětšením, mikrokleště, bipolární mikrograsper a monopolární mikronůžky. Po lokalizaci testikulární arterie a chámovodu jsme dilatované testikulární žíly podvázali 5/0 Vicrilovým vláknem a následně přerušili. U jednoho pacienta jsme užili k identifikaci testikulární arterie fluorescenční zobrazení s použitím indocyaninové zeleně.

Závěr: Výhodami RV jsou eliminace třesu rukou operátora, přesnější preparace struktur semenného provazce, snadnější provedení operačního výkonu a možnost využití fluorescenčního zobrazení k identifikaci cévních struktur. Nevýhodami jsou absence taktilního čítí a tím obtížnější identifikace chámovodu a nutnost spolufinancování výkonu pacientem.

CZ41

AKUTNÍ STAVY – TRAUMA PENISU**Krechlerová M., Pochylá P., Hulová M.**

Urologické oddělení FN u sv. Anny, Brno

Úvod: Traumata penisu patří mezi akutní stavy, se kterými se urolog ve své praxi nesečkává často. Nicméně jejich řešení nesnese odkladu a tudíž by měl být každý urolog schopen tyto stavy správně vyhodnotit a řešit. Mezi uváděná traumata penisu patří ruptury frenula, kontuze penisu, strangulační poranění, fraktury penisu a velmi vzácné skalpace.

Popis klinického případu: Na případech z nedávné doby představujeme tři typy traumat penisu, která jsme na našem oddělení řešili. Všechna traumata vznikla v souvislosti se sexuální aktivitou pacientů. Do prezentace nezahnujeme běžné, ambulantně ošetřované ruptury frenula. Kazuistiky 25 a 46letého muže představují strangulační poranění penisu způsobená cizím tělesem. Příklad 44letého muže se sepsí a abscesem penisu prezentuje komplikace aplikací cizorodých látek do penisu a na kazuistice 31letého muže představujeme diagnózu a řešení fraktury penisu. Všechny tyto akutní stavy měly společné, že se pacienti dostavili se značnou prodlevou od vzniku potíží a mimo pracovní dobu, což vyžaduje zásah a prvotní ošetření lékařem ÚPS bez ohledu na délku jeho praxe a zkušenosti. Nezdídká se sloužící lékař s takovýmto případem setkává poprvé.

Závěr: Řešení traumat penisu nepatří mezi rutinní činnosti urologa, přesto však musí každý i začínající urolog být na takové případy připraven a zvládnout celkové zhodnocení nálezu a alespoň primární zajištění pacienta.

CZ42 LÉČBA EREKILNÍ DYSFUNKCE POMOCÍ APLIKACE ALPROSTADILU VE FORMĚ KRÉMU – PRVNÍ ZKUŠENOSTI

Broul M.^{1,2}, Schraml J.¹, Skála P.¹

¹Klinika urologie a robotické chirurgie MN, Ústí nad Labem

²Sexuologické oddělení MN, Ústí nad Labem

Úvod: V příspěvku prezentujeme vlastní soubor pacientů léčených pro erektilní dysfunkci (ED) pomocí alprostadilu ve formě krému. Topická forma krému s alprostadilem je v České republice registrována od listopadu roku 2015 pod názvem Vitaros[®] krém 3 mg/g.

Materiál a metody: Uvádíme výsledky léčby erektilní dysfunkce u pacientů s ED v období od 10/2016 do 7/2017. Soubor je rozdělen na pacienty s ED po radikální roboticky asistované prostatektomii (RARP) a na pacienty, kteří tuto operaci neprodělali, ale trpí jinou komorbiditou, která vede k ED (diabetes mellitus, úrazy pánve, jiné pánevní operace než RARP). Autoři hodnotí výsledky dotazníku sexuálního zdraví muže IIEF 5 (International Index of Erectile Function) před nasazením léčby a po třech měsících po začátku užívání krému. Dále hodnotí spokojenost pacientů s formou aplikace a i výskyt nežádoucích účinků.

Výsledky: Hodnotíme léčbu u 28 mužů, kteří podstoupili léčbu alprostadilem. Průměrný věk pacientů byl 63,2 let. Osmnáct pacientů trpělo ED po roboticky asistované radikální prostatektomii, pět mužů mělo ED jako komplikaci těžkého diabetu mellitu, tři muži byli po těžkém úrazu pánve a dva muži podstoupili jinou operaci malé pánve než RARP. Hodnota IIEF 5 dotazníku se zlepšila u mužů po RARP z 12,5 na 19,8 bodů a u mužů, kteří měli jinou komorbiditu než RARP se hladina IIEF 5 z původních 11,4 zvětšila na 18,5 bodu. Pouze dva pacienti (každý z jedné skupiny RARP x jiné) cítili po podání krému pálení v uretře. Výskyt NÚ byl tedy v 7,1 %. Tato komplikace však nevedla k ukončení léčby.

Závěr: Léčbu ED pomocí alprostadilu ve formě krému hodnotíme jako vhodnou u všech pacientů s ED, kteří hledají rychlou, technicky nenáročnou a dlouhodobě účinnou léčbu. Je vhodná i pro tzv. nonrespondéry inhibitorů 5 fosfodiesterázy (iPDE5), pacienty, kteří trpí ED po radikálních prostatektomiích, při diabetu mellitu i po úrazech pánve.

CZ43 NAŠE SKÚSENOSTI S VAZEKTÓMIOU PO 1 500 ZREALIZOVANÝCH VÝKONOCH

Sokol R., Holba J., Sokol J.

Privátna urologická ambulancia, s. r. o., Trenčín

Úvod: Cieľom práce je podeliť sa so skúsenosťami s vazektómiou po 1 500 zrealizovaných výkonoch.

Materiál a metody: Na Slovensku je zákonom stanovená lehota 1 mesiac pred zákrokom, kedy musí pacient podpísať informovaný súhlas a žiadosť o vazektómiu. 6–8 týždňov po vazektómii vyšetrujeme spermioqram.

Výsledky: Prvú vazektómiu sme zrealizovali na našom pracovisku v r. 2007. Odvtedy za obdobie 10 rokov sme vykonali 1513 vazektómií. Kým v roku 2007 podstúpilo vazektómiu u nás 120 mužov, v roku 2016 to už bolo 361. Komplikácie ako hematóm, prechodná orchialgia, epididymitída sa vyskytujú zriedkavo. Extrémne vzácny je spermatický granulóm.

Záver: Vazektómia je jedna z najspôľahlivejších, ak nie najspôľahlivejšia forma antikoncepcie.

CZ44

ÚČINNOST A BEZPEČNOST MIRABEGRONU V LÉČBĚ NEUROGENNÍ DETRUZOROVÉ HYPERAKTIVITY – PROSPEKTIVNÍ, RANDOMIZOVANÁ, DVOJITĚ ZASLEPENÁ, PLACEBEM KONTROLOVANÁ STUDIE

Krhut J.¹, Borovička V.², Bílková K.³, Sýkora R.¹,
Míka D.¹, Mokriš J.², Zacheval R.²

¹Urologické oddělení Fakultní nemocnice, Ostrava

²Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha

³Spinální jednotka, Rehabilitační ústav, Kladruby

Úvod: Neurogení hyperaktivita detruzoru (neurogenic detrusor overactivity – NDO) je charakterizována výskytem netlumených kontrakcí detruzoru v plnicí fázi mikčního cyklu. To je většinou spojeno s inkontinencí a potenciálním rizikem poškození horních močových cest. Standardní léčbou NDO je podávání anticholinergik, časté nežádoucí účinky však představují významnou limitaci z hlediska jejich dlouhodobého užívání. Beta-3-adrenergní agonista mirabegron je registrován pro léčbu idiopatického hyperaktivního měchýře, data z jeho použití u neurogeních pacientů dosud nejsou k dispozici. Cílem práce je zkoumat efektivitu a bezpečnost mirabegronu v léčbě NDO u pacientů s transverzální míšní lézí (TML) a roztroušenou sklerózou (RS).

Materiál a metody: Do studie bylo zařazeno celkem 78 pacientů. Po podepsání informovaného souhlasu byli všichni pacienti vyzváni k vysazení medikace, ovlivňuje dynamiku dolních močových cest a zařazení do jednoduše zaslepené

vymývací fáze (placebo, 2 týdny). Pacienti, u nichž byla na konci vymývací fáze prokázána NDO, byli zařazení do dvojité zaslepené fáze v poměru 1:1 na 4 týdny (Skupina A – mirabegron 50 mg; Skupina B – placebo). Efektivita byla sledována pomocí srovnání urodynamických parametrů, inkontinence moči měřené pomocí 24hod. vložkových testů (24PWT) a subjektivních parametrů na začátku a na konci dvojité zaslepené fáze. Bezpečnost byla hodnocena pomocí sledování počtu a závažnosti nežádoucích účinků. Změna v čase a rozdíly mezi skupinami byly hodnoceny pomocí neparametrického Kruskal-Wallisova testu. Hodnota $p \leq 0,05$ byla považována za statisticky signifikantní.

Výsledky: Do finální analýzy bylo zahrnuto celkem 66 pacientů. Bylo zaznamenáno signifikantní zvýšení objemu při první netlumené kontrakci detruzoru ($p=0,00047$) a zlepšení compliance močového měchýře ($p=0,0041$) ve skupině A. Ve skupině A byl zaznamenán trend k redukci závažnosti inkontinence moči podle 24PWT na hranici statistické významnosti ($p=0,056$). Ve skupině A bylo dosaženo signifikantního zlepšení ve všech subjektivních parametrech ve srovnání s placebem – PPBC škála ($p=0,0013$), dotazník I-QoL ($p=0,006$), vizuálně analogová škála spokojenosti s léčbou ($p=0,00045$). Během studie bylo zaznamenáno celkem sedm nežádoucích účinků (7/78 pacientů; 8,97%), z toho pouze v jednom případě se jednalo o nežádoucí účinek v přímém vztahu k mirabegronu (1/32 pacientů, 3,13%).

Závěr: Mirabegron 50 mg zlepšuje jak urodynamické parametry, tak subjektivní parametry u pacientů s NDO. Léčba mirabegronem byla velmi dobře tolerována s minimálním výskytem nežádoucích účinků.

Grantová podpora: Research grant Astellas Pharma ISR CZ-110-RG-14.

CZ45
DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY LÉČBY
HYPERAKTIVNÍHO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE
MIRABEGRONEM V RŮZNÝCH VĚKOVÝCH
SKUPINÁCH – VÝSLEDKY STUDIE
MIRACLE II

**Zachoval R.¹, Martan A.², Krhut J.³, Švabík K.²,
 Hanuš T.⁴, Horčíčka L.⁵, Halaška M.⁶**

¹Urologické oddělení, Thomayerova nemocnice
 a Urologická klinika, 1. a 3. LF UK, Praha

²Gynekologicko-porodnická klinika,
 Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha

³Urologické oddělení Fakultní nemocnice, Ostrava

⁴Urologická klinika, Všeobecná fakultní nemocnice
 a 1. LF UK, Praha

⁵Gynekologické ambulantní zařízení GONA, Praha

⁶Gynekologicko-porodnická klinika,
 Nemocnice Na Bulovce a 1. LF UK Praha

Úvod: Cílem studie bylo vyhodnotit dlouhodobé výsledky léčby OAB mirabegronem v různých věkových skupinách.

Materiál a metody: V prospektivní multicentrické studii byly hodnoceny dlouhodobé výsledky léčby OAB mirabegronem v různých věkových skupinách. U každého pacienta byly hodnoceny subjektivní (dotazníky TS-VAS, UB-VAS, PPBC, OAB SF) i objektivní (počet mikcí, urgencí 3. a 4. stupně a nykturií za 24 hodin) parametry výsledků léčby na návštěvách před (D1) a 3 (M3), 6 (M6), 12 (M12) a 18 (M18) měsíců po nasazení

Soubor (N=126)	Věková skupina	D1	M3	M6	M12	M18	rozdíl M18–D1	p (D1/ M18)	p (mladší/starší older)
TS–VAS (↑↑)			73,6	79,5	82,3	74,1	0,5	0,830	0,014*
			75,8	78,8	81,6	68,5	-7,3	0,109	
			72,3	80,0	82,7	77,5	5,4	0,068	
UB–VAS (↑↓)	Celkově	68,9	38,9	32,2	25,7	33,8	-35,0	<0,001***	0,336
	<60	72,0	41,0	35,2	30,0	40,1	-31,8	<0,001***	
	>60	66,9	37,6	30,4	22,9	30,0	-37,0	<0,001***	
PPBC (↑↓)	Celkově	4,5	2,9	2,7	2,5	2,7	-1,8	<0,001***	0,268
	<60	4,7	2,9	2,9	2,7	3,0	-1,7	<0,001***	
	>60	4,4	2,9	2,6	2,3	2,4	-1,9	<0,001***	
OAB celkově (↑↑)	Celkově	50,6	77,3	80,8	84,2	80,5	29,9	<0,001***	0,842
	<60	46,2	76,5	77,9	82,0	75,6	29,4	<0,001***	
	>60	53,3	77,8	82,6	85,5	83,5	30,2	<0,001***	
OAB HRQL (↑↑)	Celkově	53,0	79,4	82,6	86,1	82,6	29,6	<0,001***	0,984
	<60	47,9	78,1	79,3	83,9	77,6	29,6	<0,001***	
	>60	56,2	80,2	84,6	87,6	85,7	29,5	<0,001***	
OAB Stupeň obtěžování (↑↓)	Celkově	54,7	27,2	23,0	20,1	24,0	-30,6	<0,001***	0,482
	<60	57,6	27,0	25,2	22,0	28,6	-29,0	<0,001***	
	>60	52,9	27,4	21,6	18,9	21,2	-31,7	<0,001***	
Mikce za den (↑↓)	Celkově	12,2	9,7	9,6	9,1	9,7	-2,5	<0,001***	0,134
	<60	12,1	9,9	9,6	9,6	10,3	-1,7	0,155	
	>60	12,3	9,7	9,6	8,9	9,3	-3,0	<0,001***	
Urgence st. 3 (↑↓)	Celkově	3,5	2,2	1,8	1,6	1,9	-1,6	<0,001***	0,046*
	<60	3,7	2,4	2,2	1,9	2,9	-0,8	0,019*	
	>60	3,4	2,1	1,5	1,4	1,3	-2,0	<0,001***	
Urgence st.4 (↑↓)	Celkově	1,18	0,44	0,37	0,28	0,33	-0,85	<0,001***	0,085
	<60	0,90	0,29	0,46	0,42	0,44	-0,46	0,044*	
	>60	1,35	0,54	0,31	0,18	0,26	-1,09	<0,001***	
Urgence st. 3+4 (↑↓)	Celkově	4,7	2,7	2,1	1,9	2,3	-2,4	<0,001***	0,012*
	<60	4,6	2,7	2,6	2,3	3,3	-1,3	0,044*	
	>60	4,8	2,7	1,8	1,6	1,6	-3,1	<0,001***	
Nykturie (↑↓)	Celkově	2,2	1,2	1,3	1,0	1,2	-1,0	<0,001***	0,318
	<60	1,9	0,9	1,4	1,0	1,2	-0,8	<0,001***	
	>60	2,4	1,4	1,3	1,0	1,2	-1,2	<0,001***	

(↑↑) čím vyšší hodnota tím lepší výsledek, (↑↓) čím vyšší hodnota tím horší výsledek

léčby. Statistické vyhodnocení bylo provedeno u všech pacientů, kteří studii podle plánu dokončili, podle tří věkových breakpointů 60, 65 a 70 let.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 206 pacientů, 75 mladších (9 mužů a 66 žen) a 131 starších (21 mužů a 110 žen) 60 let. U 178 pacientů se jednalo o switch terapie z jiného anticholinergika (u pacientů mladších 60 let většinou pro nežádoucí účinky, u pacientů starších 60 let většinou pro nedostatečnou účinnost), 28 pacientů bylo naivních. Studii dokončilo 126 pacientů a předčasně ukončilo 80 pacientů, z toho 27 mladších a 53 starších 60 let (6 a 22 pro nedostatečnou účinnost, 12 a 7 pro nežádoucí účinky, 9 a 24 pro jiné důvody). Dlouhodobá léčba mirabegronem vedla v jednotlivých skupinách k signifikantnímu zlepšení všech parametrů. U pacientů starších 60 let byly některé parametry léčby hodnoceny lépe než u pacientů mladších 60 let.

Závěr: Dlouhodobá léčba mirabegronem byla stejně účinná ve všech věkových kategoriích, pouze u pacientů starších 60 let byly některé parametry léčby hodnoceny lépe než u pacientů mladších 60 let.

CZ46 M-LUTS U PACIENTŮ S DIAGNOSTIKOVANÝM KARCINOMEM PROSTATY PŘED RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIÍ

**Burešová E., Vidlář A., Seifriedová Z., Študent V.
jr., Študent V.**

Urologická klinika FN, Olomouc

Úvod: Zaměřili jsme se na mikční potíže mužů s karcinodem prostaty, kteří byli indikováni k radikální prostatektomii (RP).

Materiál a metody: Od 11/2014 do 12/2016 jsme provedli epidemiologický výzkum u mužů, kteří podstoupili RP. V den přijetí na oddělení před plánovanou operací pacienti vyplnili dotazníky (ICIQ-SF, OAB-V8, IPSS, IIEF). Na základě dat jsme vyhodnotili výskyt M-LUTS. Dle analýzy IPSS jsme pacienty rozdělili do tří skupin, s příznaky: mírnými (0–7 bodů), středními (8–19 bodů) a těžkými (20–35 bodů). Zaměřili jsme se zejména na prevalenci jímacích příznaků. Data jsme porovnali s výsledky ICIQ-SF a OAB-V8. Součástí výzkumu bylo i zhodnocení erektilních funkcí. Erektilní dysfunkce (ED) byla na základě hodnocení IIEF rozdělena na závažnou (1–7 bodů), střední (8–11 bodů), střední až mírnou (12–16 bodů) a mírnou (17–21 bodů).

Výsledky: Celkem do výzkumu bylo zařazeno 477 pacientů před RP. IPSS dotazník vyplnilo 463 mužů. V souboru mělo mírné příznaky 273 (59,0 %), střední 155 (33,5 %) a těžké 35 (7,5 %) pacientů, z toho u 211 (45,6 %) převažovaly jímací symptomy a u 175 (37,8 %) dominovaly obstrukční. Dle OAB-V8 dotazníku, který vyplnilo 459 pacientů, se vyskytly OAB příznaky u 272 (59,3 %). Kontinence byla hodnocena na podkladě ICIQ, který odevzdalo 457 pacientů, z nichž 106 (23,2 %) uvedlo, že trpělo inkontinencí moči, 57 (12,5 %) mělo únik 1x týdně, 20 (4,4 %) 2–3x týdně, 9 (2,0 %) jednou denně a 10 (2,2 %) několikrát denně. Většina inkontinentních pacientů měla pozitivní OAB-V8 test. Dotazník IIEF vyplnilo 472 pacientů, z toho 164 (34,7 %) mělo zachovalé erektilní funkce. Převažovali pacienti s ED 308 (65,3 %). Zastoupení stupňů bylo: 120 (39,0 %) s vážnou ED, 7 (2,3 %) se střední ED, 65 (21,1 %) se střední až mírnou a 116 (37,7 %) s mírnou ED.

Závěr: V našem souboru jsme prokázali vysoký výskyt M-LUTS u pacientů před RP. Téměř polovina měla střední až těžké mikční potíže. Dominující jímací symptomy byly zaznamenány častěji než obstrukční. OAB symptomy byly popsány u více než poloviny pacientů.

CZ47

KORELACE ZÁVAŽNOSTI INKONTINENCE A KVALITY ŽIVOTA U ŽEN

Krhut J.¹, Gärtner M.², Mokříš J.³, Horčíčka L.⁴, Švábík K.⁵, Zacheval R.³, Martan A.⁵¹Urologické oddělení FN, Ostrava²Gynekologicko-porodnická klinika LF OU a FN, Ostrava³Urologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha⁴Urogynekologická ambulance, GONA, Praha⁵Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: V několika velkých epidemiologických studiích byl prokázán negativní dopad inkontinence moči na kvalitu života u žen. Tyto studie však byly založeny na subjektivním hodnocení inkontinence samotnými respondéry. Data o vlivu kvantitativní závažnosti inkontinence na kvalitu života dosud nebyla publikována. Cílem studie bylo korelovat stupeň závažnosti inkontinence verifikovaný pomocí 24hod. vložkového testu (24PWT) s kvalitou života měřenou pomocí validovaných dotazníků.

Materiál a metody: Celkem bylo do studie zařazeno 391 pacientek s inkontinencí a 81 kontinentních dobrovolnic. Průměrný věk souboru byl 53,92±15,72 let, průměrná hodnota BMI souboru byla 28,02±5,73. Na základě standardního diagnostického algoritmu byl soubor stratifikován kvalitativně (stresová inkontinence – SI; urgentní inkontinence – UI; smíšená inkontinence s převahou stresové složky – MIS; smíšená inkontinence s převahou urgentní složky – MIU) a kvantitativně (stupeň 0 – denní únik 0–4 g/24 hod.; stupeň 1 – denní únik 4–20 g/24 hod.; stupeň 2 – denní únik 21–74 g/24 hod.; stupeň 3 – denní únik >75 g/24 hod.). Kvalita života byla měřena pomocí škály Patient Perception of Bladder Condition (PPBC), dotazníku ICIQ-SF a dotazníku King's Health Questionnaire (KHQ). K hodnocení rozdílů mezi skupinami byl použit neparametrický Kruskal–Wallisův test, hodnota $p < 0,05$ byla považována za statisticky signifikantní. K následnému hodnocení korelace mezi parametry kvality života a výsledky 24PWT byla použita non-lineární regrese.

Výsledky: Prokázali jsme non-lineární závislost závažnosti inkontinence a kvality života. I minimální inkontinence je spojena se zásadním snížením kvality života, od hodnoty 24PWT 20 g znamená další zhoršování inkontinence jen nevelké další zhoršení kvality života. SI má menší dopad na kvalitu života než UI, MIU a MIS (PPBC $p < 0,0001$; KHQ $p < 0,0001$; ICI-Q $p < 0,01$).

Závěr: V naší studii jsme prokázali non-lineární závislost kvality života na závažnosti inkontinence. Již minimální únik moči je spojen se zásadním snížením kvality života, další zvyšování denního úniku nad hodnotu 20 ml již znamená jen nevelké další zhoršování kvality života. Urgentní a smíšená inkontinence má větší dopad na kvalitu života než inkontinence stresová.

CZ48

PRVNÍ ZKUŠENOSTI SE SAKRÁLNÍ NEUROMODULACÍ STIMULÁTORU INTERSTIM II U PACIENTKY S HYPOAKTIVNÍM MOČOVÝM MĚCHÝŘEM

Havlová K., Rejchrt M.

Urologická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Sakrální neuromodulace využívá aferenci kořene S3 k odstranění poruchy funkce dolních močových cest prostřednictvím ovlivnění řídicích nervových center. Elektroda implantovaná na dorzální kořen S3 elektrickými impulzy vyvolává na supraspinální úrovni obraz zvýšeného tonu sfinkteru a pánevního dna, na což CNS reaguje útlumem parasymptiku. Odeznění impulsu vyvolá zvýšení aktivity parasymptiku s vyšší aktivitou detruzoru. Tento duální mechanismus umožňuje použití sakrální neuromodulace u refrakterního OAB, ale i u neobstrukční retence moči, kde není k dispozici efektivní farmakologická terapie a pacienti jsou odkázáni na čistou intermitentní autokatetrizaci (ČIK). Od roku 2006 je k dispozici systém InterStim II (Medtronic, Minneapolis, MN).

Materiál a metody: 41letá žena na režimu čisté ČIK při hypoaktivním detruzoru s chronickou retencí moči realizující katetrizaci dle hodinok pro poruchu senzitivity. Po vyloučení obstrukční etiologie, neurologického onemocnění včetně léze periferních nervů, pánevní patologie či nepříznivých anatomických poměrů LS páteře a patologie malé pánve indikována k sakrální neuromodulaci.

Výsledky: V testovací fázi po bilaterální punkci testovací jehlové elektrody do foramen S3 pod skioskopickou kontrolou zvolena levá strana, kde při nižší intenzitě impulsu výraznější odezva. Po implantaci definitivní elektrody následovala dvou-týdenní fáze hodnocení odpovědi na sakrální neuromodulaci generované externím stimulatorem. Po potvrzení efektivity přistoupeno k implantaci dlouhodobého stimulatoru do podkoží gluteální oblasti laterokraniálně. Oba výkony proběhly bez komplikací. Již v testovací fázi jsme zaznamenali postupný pokles postmikčních reziduí s obnovováním spontánní mikce a snížením nutnosti autokatetrizace na 1–2x denně. Navíc jsme zaznamenali návrat senzitivity měchýře se spontánním časováním mikce dle subjektivního pocitu náplně, který pacientka stran vlivu na kvalitu života hodnotí srovnatelně jako obnovení spontánní mikce

Závěr: Indikace sakrální neuromodulace s využitím přístroje InterStim II vyžaduje pečlivý výběr pacienta s komplexním multioborovým vyšetřením. U neobstrukční chronické retence moči může být jedinou alternativou k ČIK, kde kromě významného zlepšení kvality života nemocného má i dlouhodobý ekonomický benefit redukce nákladů na pomůcky. Aktuálně není hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

VARIA

CZ49

INKOMPLETNÍ DORZÁLNÍ ZDVOJENÍ URETRY U CHLAPCE, KAZUISTIKA

Kuliaček P.^{1,2}, Novák I.¹¹Oddělení dětské urologie, Urologická klinika FN, Hradec Králové²Oddělení dětské chirurgie a traumatologie FN, Hradec Králové

Úvod: Zdvojení uretry je vzácná anomálie, která má mnoho variant a její léčba je individuální.

Popis klinického případu: Chlapec ve věku 12 let byl vyšetřen na ambulanci pro sekreci na dorzu penisu a byla zjištěna ortotopická uretra, kterou močil a na dorzu penisu otvor, z kterého odtékal sekret. Při MR vyšetření zjištěn trakt-sinus prům. 2 mm končící při přední hraně symfýzy. V CA při endoskopii se nezjistilo spojení traktu s uretrou nebo měchýřem a při rtg s kontrastem zjištěn rovně probíhající trakt délky 10 cm a klubko kanálků v délce 2–3 cm. Uzavřeno jako inkompletní dorzální zdvojení uretry typu IA dle Effmanna. Při operaci byla provedena extirpace atretické části zdvojené uretry, která probíhala k symfýze a retropubicky. Revize prevezikálního prostoru byla negativní. Operace proběhla bez komplikací.

Závěr: Zdvojená uretra je vzácné onemocnění, které má mnoho forem – od neúplného zdvojení k úplnému, dle pozice ektopické uretry jde o ventrální nebo dorzální zdvojení. Zdvojení je častější v sagitální rovině, méně časté je v koronární. Léčba je individuální a závisí na anatomickém uspořádání, závažnosti anomálie a potížích nemocného. Při typu I většinou spočívá v extirpaci nedominantní uretry nebo sinu. Při typu II je nutná uretroplastika. V případě asymptomatického průběhu není u některých typů zdvojení operace indikována.

CZ50

LAPAROSKOPICKÁ REKONSTRUKCE IATROGENNÍ LÉZE MOČOVODU

Schmidt M., Novák V., Marešová K., Veselý Š., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Minimálně invazivní chirurgie se stala integrální součástí mnoha typů urologických operací. S narůstajícími zkušenostmi je možné její využití i u náročnějších rekonstrukčních výkonů.

Popis klinického případu: Video demonstruje laparoskopickou rekonstrukci iatrogenní léze levého subrenálního močovodu u 66leté ženy po laterální stabilizaci páteře pro nestabilitu obratlů L2/3. Pacientka byla rehospitalizována 16. den pro dekompenzaci lumbo-sakrálního syndromu, minerálovou dysbalanci a retroperitoneální hematom. Drenáží pod CT kontrolou bylo evakuováno 900 ml hematomu s urinózní příměsí. Na CT byla identifikována léze subrenálního močovodu s urinózní extraluminací. Po dočasném zavedení perkutánní punkční nefrostomie byla s tříměsíčním odstupem provedena odložená laparoskopická rekonstrukce levého močovodu. Operační výkon byl proveden v lumbotomické poloze, transperitoneálně, s využitím čtyř portálních vstupů. Vzhledem ke ztrátě 3 cm subrenálního ureteru, malému objemu pánvičky a fibrotickým změnám byla provedena částečná mobilizace močovodu a šikmá anastomóza močovodu s peroperačním zavedením stentu. Pooperační průběh byl komplikován subarachnoidálním krvácením, konzervativně zvládnutým a jednou epizodou uroinfekce. Stent byl odstraněn po dvou měsících s následnou dispenzarizací pacientky. Aktuálně je pacientka bez urologické symptomatologie, s mírnou dilatací kalicho-pánvičkového systému.

Závěr: Minimálně invazivní techniky rekonstrukčních operací jsou využitelné při dostatečných zkušenostech a vhodných indikacích. V některých případech mohou být pro lepší přístup a vizualizaci preferovány před otevřenou operativou.

Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN MOTOL).

CZ51

WALLSTENT PŘI ŘEŠENÍ STRIKTURY MOČOVODU

Košina J., Holub L., Brodák M.

Urologická klinika FN, Hradec Králové

Úvod: Léčba striktury močového traktu je velice komplikovaná pro vysoké riziko recidivy. Vždy je nutné zajištění derivace moči. Pokud strikturu nelze operačně vyřešit (pokročilé nádory močového traktu, zažívacího traktu, gynekologické nádory, píštěle, biologický stav pacienta, anatomické poměry, aneuryzma velkých cév...), je zvolena derivace moči trvalé řešení. Intraureterální derivace je možná pomocí JJ stentu, nebo wallstentu. Zlatým standardem ureterálních stentů jsou JJ stenty. Mezi nevýhody patří nutnost časté výměny po 3–6–12 měsících pro inkrustace, obstrukce, infekce, nedostatečnou derivaci u tuhých tumorózních expanzí a dráždění distálním koncem v močovém měchýři. Alternativou, která by měla řešit tyto nevýhody, je samoexpandibilní Allium wallstent. Cílem bylo zjištění funkčnosti, životnosti a snášenlivosti wallstentu.

Materiál a metody: Zavedli jsme devět polymerických Allium wallstentů pacientům s maligní extraureterální strikturou, nebo se strikturou s nutností dlouhodobého stentování. Všichni pacienti měli před výkonem dlouhodobě stenting s pravidelnými výměnami.

Výsledky: Sedm pacientů (jeden pacient měl zavedeny dva wallstenty) podstoupilo zavedení wallstentů f. Allium Medical v roce 2013 a jeden v roce 2017. U třech pacientů se jednalo o benigní strikturu močového traktu (po ureterorenoskopii a po ureterocystoneoanastomóze). Pět pacientů mělo maligní strikturu močového traktu. Tři pacienti již zemřeli na základní onemocnění. Extrakce wallstentu byla provedena ve dvou případech po 4 a 12 měsících ve skupině benigních striktur pro recidivující infekce při refluxu a pro dislokaci. Ve skupině maligních striktur nebyla nutná extrakce a pacienti pocítovali významně lepší kvalitu života než při zavedeném JJ stentu. Průměrná délka zavedení wallstentu je 18 měsíců, dva pacienti mají zavedený wallstent 50 měsíců bez komplikací.

Závěr: Wallstent f. Allium Medical je velice dobrá varianta léčby významných striktur močového traktu miniinvazivní endoskopickou procedurou se zlepšením kvality života pacientů a potencionálně dlouhodobou životností. Wallstent zajišťuje velice dobrou derivaci moči, lze ho snadno lokalizovat přesně do oblasti striktury. Při ztrátě funkčnosti je jednoduché stent extrahovat či vyměnit.

Grantová podpora: PROGRES Q40/04.

CZ52

PLASTIKA PROXIMÁLNÍHO URETERU S VYUŽITÍM BUKÁLNÍHO ŠTĚPU

Míka D.^{1,2}, Havránek O.^{1,2}, Vašík J.¹, Krhut J.^{1,2}¹Urologické oddělení FN Ostrava-Poruba²Katedra chirurgických oborů Ostravské univerzity, Ostrava

Úvod: Presentujeme kazuistiku pacientky se strikturou pelviureterální junkce a proximálního močového traktu, řešenou augmentací s využitím bukálního štěpu.

Popis klinického případu: 49letá pacientka s litiatickou anamnézou a 2x provedenou ureteroskopickou extrakcí ureterolitiázy z pravého močového traktu. Pro sonografický nález městnání v dutém systému ledviny s bolestmi indikována třetí ureteroskopie s peroperačním nálezem stenózy v oblasti ureteropelvickej junkce (UP) a provedením laser discize se zavedením endopyelotomického stentu. Pro intoleranci a nefunkčnost byla provedena extrakce stentu se zavedením punkční nefrostomie. Po doplnění CT a nefrostomografie indikována k provedení pravostranné laparoskopické pyeloplastiky. Peroperační nález těžkých fibrotických změn ledvinové pánevky a proximálního ureteru s nemožností provedení výkonu. Rozhodnuto o provedení otevřené ureteroplastiky s využitím bukálního štěpu. Lumbotomickým přístupem exponována oblast pánevky ledvinové a proximálního ureteru. Zvyklým způsobem odebrán bukální štěp. Po podélné discizi 3 cm dlouhé fibrotické striktury až do zdravé tkáně štěp přiložen a suturován svými okraji k okrajům ureteru. Zaveden onkostent. Pooperační průběh bez komplikací. Ambulantní odstranění stentu proběhlo dva měsíce po operaci. Po pravidelných tříměsíčních kontrolách pacientka zcela bez potíží, sonograficky přetrvává minimální hypotonie dutého systému se sterilní močí. Rok po operaci provedena kontrolní vylučovací urografie prokazující širokou UP junkci i proximální močovod. Pacientka je zcela asymptomatická.

Závěr: Plastika ureteru s využitím bukálního štěpu je jednoduchou metodou s relativně malou četností komplikací oproti jiným technikám. Poskytuje dobré výsledky při střednědobém sledování.

CZ53 IMPLANTACE URETERÁLNÍHO WALL-STENTU JAKO DLOUHODOBÉ ŘEŠENÍ IATROGENNÍ STRIKTURY

Holub L., Košina J., Hušek P., Pacovský J.,
Špaček J., Brodák M.

Urologická klinika LF a FN, Hradec Králové

Úvod: Iatrogenní striktura ureteru je nejčastěji způsobena endoskopickou intervencí na horních močových cestách. Možnosti řešení závisí na délce a lokalizaci postižení a na celkovém stavu pacienta s přihlédnutím k jeho aktivitám. Krátké striktury proximálního či středního ureteru lze řešit resekcí, v oblasti distálního ureteru ureterocystoneoanastomózou. U dlouhých striktur zvažujeme náhradu ureteru střevem, popřípadě autotransplantací. Ultimatívním řešením je nefrektomie. Alternativou konzervativní je implantace stentu a jeho pravidelné výměny.

Popis klinického případu: 37letý pacient, mimo recidivující litiázy při hyperoxalurii bez podstatných komorbidit, byl přijat pro renální koliku vlevo při 9mm ureterolitiáze subrenálního ureteru. Anamnesticky po opakovaných intervencích na levostranných močových cestách. Po selhání konzervativní terapie provedena ureterorenoskopie s LASER trypsí konkrémentu. Stent extrahován po obstrukci detritem 14. pooperační den. Následně afunkce s indikací zavedení nového stentu, což lze až technikou rendez-vous. Stent zůstává funkční vždy 3–4 týdny, poté pro inkrustace a extrémní subjektivní potíže opakovaně nutnost výměny. Dle ascendentní pyelografie se jedná o 80 mm dlouhou strikturu středního ureteru. Zvažováno řešení chirurgické, vzhledem k aktivitě pacienta zvolen pokus o implantaci wall-stentu. Pro extrémní rigiditu ureteru wall-stent zaveden až po balonkové dilataci striktury. Efekt výkonu je zcela suficientní tři měsíce po výkonu.

Závěr: Implantace wall-stentu je u vybraných pacientů vhodná volba, která může pomoci vyhnout se chirurgické rekonstrukci ureteru.

CZ54 EXTRA-ANATOMICKÝ STENT JAKO ALTERNATIVA NEFROSTOMIE

Košina J., Balík M., Hušek P., Brodák M.

Urologická klinika FN, Hradec Králové

Úvod: Extra-anatomické stenty jsou alternativou trvalé nefrostomie u subrenální obstrukce močovodu, kde není možné zajistit derivaci moči ureterální cestou. Výhodou této metody je zlepšení kvality života se zachováním funkční derivace moči. Cílem bylo ověření efektivity této metody.

Popis klinického případu: Zavedli jsme tři extra-anatomické stenty Detour (Mentor-Porgés, UK) u pacientů, kteří byli trvale na nefrostomii s pravidelnými výměnami. V jednom případě se jednalo o pacientku s torpidní retroperitoneální fibrózou a ve dvou případech o iatrogenní poranění močovodu při operaci rozsáhlého tumoru zažívacího traktu. Hodnotili jsme délku operace, pooperační komplikace a účinnost derivace moči. Průměrná délka operace byla 86 min. V prvním případě se pooperačně prokázala urinózní sekrece v místě zanoření do močového měchýře s nutností operační re-sutury. U jednoho pacienta se objevila flegmona podkoží v místě po původní nefrostomii, řešeno konzervativně ATB terapií. Kontrolní ultrazvukové vyšetření po třech měsících neprokázalo městnání v dutém systému ledviny a sérové hladiny N-katabolitů byly bez elevace. Délka sledování pacientů je 32, 20 a 5 měsíců bez nutnosti změny derivace.

Závěr: Extra-anatomické stenty jsou efektivní alternativou trvalé nefrostomie u pacientů s chirurgicky neřešitelnou příčinou subrenální blokády močovodů. Jejich zavedení není technicky příliš obtížné, má poměrně nízkou incidenci komplikací a významně zlepšuje kvalitu života.

Grantová podpora: PROGRES Q40/04.

CZ55

ZAVEDENÍ BULBÁRNÍHO URETRÁLNÍHO SAMOEXPANDIBILNÍHO STENTU ALLIUM

Kepič P.¹, Veselý R.1, Arzouni R.²¹Vojenská nemocnice, Olomouc²Urologická ambulance, Uničov

Úvod: Léčba striktur mužské uretry je častým endoskopickým výkonem, při kterém se můžou používat i minimálně invazivní intervenční metody urologie. Stent je určen k dlouhodobému zavedení za účelem rozšíření uretry zúžené okluzí a umožnění spontánního močení. Nejčastější příčiny striktur jsou post-traumatické 55 %, pozánětlivé 32 %, iatrogenní 10 % a jiné. Bulbární uretrální stent má průměr až 45 Fr, působí velkou radiální silou a má měkké konce s funkcí svěrače ve tvaru přizpůsobeném rozměrům uretry. Aplikace stentu do zúžené močové trubice je bezpečný a účinný postup.

Popis klinického případu: Presentujeme videokazuistiku pacienta se strikturou bulbární uretry zapříčiněnou gonoroickou uretritidou. Presentujeme možnost řešení striktury bulbární uretry samoexpandibilním stentem Allium.

Závěr: 43letý pacient léčen na našem pracovišti se strikturou bulbární uretry řešený pomocí balónkového dilatátoru a optické uretrotomie. Podstoupil opakované hospitalizace. Pacientovi byla nabídnuta možnost zavedení samoexpandibilního stentu do bulbární uretry. Po výkonu došlo k úpravě proudu moči a pacient byl zbaven nutnosti pravidelných balónkových dilatací. Řešení striktur bulbární uretry pomocí stentu Allium poskytuje lepší výsledky než dilatace nebo optická uretrotomie.

CZ56

URETEROSKOPICKÁ EXTRAKCE SUSPEKTNÍHO ZÁSTŘELU LEVÉ LEDVINY

Schmidt M., Minárik I., Havlová K., Veselý Š., Babjuk M.

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Endoskopické urologické techniky se, díky zlepšující se technické kvalitě, v současné době používají i u složitějších případů urolitiázy. Stejně tak je možné jejich využití v jiných indikacích.

Popis klinického případu: Video demonstruje ureteroskopickou extrakci suspektního projektilu z parenchymu v intimní blízkosti horního kalichu dutého systému. Pacient s anamnézou střelného poranění levé ledviny a lumbální páteře byl vyšetřován pro těžký radikulární syndrom L3. Na CT vyšetření byla zjištěna nedislokovaná fraktura příčného výběžku L3 s abrupcí frontální hrany obratle a suspektní zástřel levé ledviny. Suspektní projektil 8x7 mm byl lokalizován v horním pólu ledviny v blízkosti fornixu horního kalichu. Vysoká denzita cizího tělesa (1115 HU) svědčila pro možnost uvízlé kulky v levé ledvině a kontraindikovala další vyšetření pacienta (MRI). Pomocí flexibilního videoureteroskopu 8.4 F byla provedena laserová incize fornixu horního kalichu levé ledviny a extrakce subjektu. Pacient byl propuštěn druhý pooperační den. Stent byl extrahován s odstupem tří týdnů s následným dovyšetřením a spondylo-chirurgickou léčbou.

Závěr: Zvyšující se technická kvalita endoskopického instrumentária umožňuje použití retrogradního endoskopického přístupu při léčbě složitějších případů urolitiázy ale i v dalších, méně obvyklých indikacích.

Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN MOTOL).

CZ57 KOMBINOVANÉ ŘEŠENÍ POÚRAZOVÉHO KOMPLETNÍHO UZÁVĚRU BULBÁRNÍ URETRY

**Drlík P.^{1,2}, Čermák M.¹, Hoření E.¹, Heráček J.^{1,2},
Kočárek J.^{1,2}**

¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha

²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Tupá poranění uretry postihují nejčastěji bulbární část, kde je uretra fixována a nemůže „uhnout“ ve směru působícího násilí. Hojení je prováděno rozvojem spongiofibrózy, která způsobuje strikturu nebo úplný uzávěr uretry. Jednou z možností léčby u kompletního uzávěru je kombinovaný přístup, který zahrnuje v 1. době endoskopický výkon se dvěma proti sobě postupujícími endoskopy s laserovou desobstrukcí uzávěru proti světlu druhého a zavedením katétru na čtyři týdny, kdy se vytvoří dostatečně kvalitní uretrální ploténka. Ve 2. době provádíme substituční ventrální onlay uretroplastiku s ponecháním katétru a epicystostomie na pět týdnů.

Popis klinického případu: Uvádíme případ 66letého muže s tupým poraněním hráze po pádu ze čtyř metrů v červenci 2016. Pro retenci mu byla zavedena epicystostomie. Na jiných pracovištích podstoupil dvě neúspěšné optické uretrotomie s ponecháním epicystostomie jako konečného řešení. V lednu 2017 jsme pacienta poprvé vyšetřili, provedli uretroskopii, uretrografii a sonografii uretry. Vyšetření potvrdila kompletní uzávěr s těžkou spongiofibrózou. V únoru 2017 podstoupil endoskopickou desobstrukci se zavedením cévky a v březnu 2017 ventrální onlay uretroplastiku. Čtyři měsíce po výkonu je kontinentní, autokatetrizuje se 2x týdně, dle UFM je Q_{max} 17,8 ml/s.

Závěr: Kombinace endoskopického postupu se zprůchodněním uretry a následnou substituční uretroplastikou představuje úspěšnou alternativu ke kombinovaným resekcím a substitučním uretroplastikám.

CZ58 LAPAROSKOPICKÁ SUTURA IATROGENNÍ INTRAPERITONEÁLNÍ PERFORACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE – VIDEO

Balík M., Brodák M.

Urologická klinika FN, Hradec Králové

Úvod: Endometrióza je onemocnění, při kterém se vyskytují ektopická ložiska endometria. Přítomnost v močovém měchýři disponuje k recidivující makroskopické hematurii.

Popis klinického případu: V našem videu prezentujeme případ 23leté bezdětné ženy, která podstoupila biopsii z ložiska v močovém měchýři. Pro progredující bolesti po výkonu byla provedena CT cystografie s nálezem intraperitoneální perforace močového měchýře. Vzhledem k věku a nulliparitě pacientky byl domluven transport na naše pracoviště k pokusu o laparoskopickou revizi a suturu. Zde bylo cystoskopicky prokázáno nekrotické ložisko zadní stěny močového měchýře nad trigonem s dvoucentrimetrovým defektem. Vzhledem k blízkosti ureterálních ústí byly zavedeny ureterální cévky. Po přerouškování bylo založeno kapnoperitoneum. Intraperitoneálně byla identifikována přítomnost permanentního močového katétru přes defekt stěny močového měchýře. Pečetičím nástrojem byla provedena exstirpace tkáně mezi dělohou a močovým měchýřem včetně okrajů defektu močového měchýře s cílem nezanechat reziduální tkáň endometriózy. Nakonec byla provedena sutura defektu měchýře ve dvou vrstvách V-loc stehem. Po třech měsících od operace byla provedena kontrolní cystoskopie s kompletním zhojením defektu měchýře.

Závěr: Intraperitoneální perforace močového měchýře je relativně vzácná, nicméně závažná komplikace transuretrální biopsie močového měchýře, která vždy vyžaduje operační revizi. Laparoskopický přístup se zdá být vhodnou metodou volby.

CZ59

ENDOSKOPICKÉ ŘEŠENÍ OBJEMNÉ POLYPOIDNÍ URETERITIDY JAKO PŘÍČINY URETEROHYDRONEFRÓZY

Drlík P.^{1,2}, Čermák M.¹, Heráček J.^{1,2}, Pacigová D.¹,
Kočárek J.^{1,2}

¹Urologické oddělení, ÚVN – VFN, Praha

²Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Papilární polypoidní ureteritida je raritní benigní onemocnění, které má význam v diferenciální diagnostice uroteliálního karcinomu. Nejčastější klinické příznaky jsou hematurie, lumbalgie a dilatace močového/kalichopánvičkového systému. S rozvojem miniinvasivní endourologie lze i velké expanzivní afekce léčit šetrně a zachovně pro horní močové cesty bez poškození funkce ledviny.

Popis klinického případu: Uvádíme případ 46leté ženy, která byla v lednu 2017 odeslána na naše pracoviště pro tři měsíce narůstající bolesti levého bedra. V moči jsme našli mikrohematurii, kultivace byla negativní. Sonografie zjistila suspektní expanzi spodiny močového měchýře a dilataci levého kalichopánvičkového systému. Spirální CT nález potvrdilo. Při cystoskopii jsme diagnostikovali keříčkovitou expanzi nasedající na levé ústí. V březnu 2017 jsme provedli holmiovou miniinvasivní resekci objemného papilárního útvaru velikosti 75x20x19 mm, discizi ureterálního ústí, extrakci útvaru „en bloc“ a zavedli double J-stent. Histopatologické vyšetření prokázalo papilární polypoidní ureteritidu. V červnu 2017 jsme odstranili stent a provedli kontrolní ureteroskopii s normálním nálezem na sliznici močového měchýře. Měsíc po výkonu byly obě ledviny sonograficky bez dilatace kalichopánvičkového systému, renální funkce byly v normě.

Závěr: Endoskopické zachovné operace močového měchýře jsou v mnohých případech důležitou alternativou radikálním amputačním výkonům. U prezentované pacientky je význam zachovného výkonu potencován překvapivým nálezem raritní benigní expanze.

CZ60

LEIOMYOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE JAKO NÁHODNÝ NÁLEZ PŘI ULTRAZVUKOVÉM VYŠETŘENÍ GRAVIDNÍ PACIENTKY

Dukátová K., Zachoval R., Záleský M.

Urologická klinika, Thomayerova nemocnice,

1. a 3. LF UK, Praha

Úvod: Náhodný nález leiomyomu močového měchýře u 32leté gravidní pacientky, kde byla po verifikaci benigní povahy nádoru provedena excize tumoru v jedné době s plánovaným císařským řezem.

Popis klinického případu: Během vaginálního ultrazvukového vyšetření byl u 32leté asymptomatické ženy ve 21. týdnu gravidity zjištěn kulovitý útvar na přední stěně močového měchýře. Byla doplněna magnetická rezonance břicha a malé pánve, která potvrdila nález homogenní, dobře ohraničené kulovité masy na stěně močového měchýře. Nález byl radiology hodnocen jako leiomyom močového měchýře. Po dohodě s ošetřujícím gynekologem a pacientkou byla doplněna cystoskopie a transuretrální biopsie útvaru pro verifikaci benigní povahy nádoru. Výsledná histologie potvrdila diagnózu – leiomyom močového měchýře. Po verifikaci benigní povahy nádoru bylo naplánováno řešení nádoru v jedné době s porodem císařským řezem. Ve 40. týdnu gravidity byla provedena sekce, byl incidován močový měchýř, identifikován leiomyom, byla provedena jeho excize in toto a preparát byl odeslán na histologické vyšetření. Definitivní histologie potvrdila leiomyom močového měchýře s negativními okraji. Pacientka je nyní bez známek recidivy a urologických obtíží.

Závěr: Terapie leiomyomu močového měchýře u gravidní pacientky v jedné době s naplánovaným císařským řezem je možností volby při vhodném uložení v močovém měchýři. Ponechání řešení nádoru do konce gravidity je možné jen při histologické verifikaci benigní povahy tumoru.

CZ61

HLUBOKÁ INFILTRUJÍCÍ ENDOMETRIÓZA
POSTIHUJÍCÍ UROPOETICKÝ TRAKT

Klézl P.¹, Drahoňovský J.², Halaška M.³,
Klečka J.¹, Mašková V.¹, Nencka P.¹, Šonský J.¹,
Hruška M.¹, Čapka D.¹, Gregušová A.¹, Hanáček J.²,
Charvát M.³, Grill R. 1

¹Urologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha²Ústav pro péči o matku a dítě a 3. LF UK, Praha³Gynekologicko-porodnická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Úvod: Cílem naší práce bylo zhodnocení chirurgického řešení u pacientek s urologickým postižením hlubokou infiltruující endometriózou.

Materiál a metody: Ve sdělení popisujeme vlastní zkušenosti a výsledky chirurgické léčby u pacientek s postižením uropoetického traktu hlubokou infiltruující endometriózou operovaných v období 2013 až 2017. V našem souboru bylo operováno 23 pacientek. Průměrný věk pacientek byl 35 (22–44). U tří pacientek byla provedena transuretrální resekce. U zbylých pacientek byl urologický výkon součástí gynekologické operace, ev. se kombinoval výkon na měchýři s operací močovodu. Resekce měchýře byla provedena otevřenou cestou u čtyř pacientek a laparoskopicky v osmi případech. V případě postižení močovodu byla provedena otevřená reimplantace močovodu u čtyř pacientek, laparoskopická reimplantace 3x, deliberace močovodu 2x, resekce močovodu ETE 1x a Boariho plastika 1x. U dvou pacientek s afunkcí ledviny byla v jednom případě indikována laparoskopická nefrektomie a jedna pacientka nefrektomií odmítla.

Výsledky: Transuretrální resekce byla indikována u drobnějšího postižení měchýře. Endoskopická ošetření proběhla bez komplikací. U zbylých výkonů jsme významnější komplikace pozorovali u čtyř pacientek. U jedné pacientky došlo 1x ke stenóze ureteru, který byl v intimním vztahu k sutuře měchýřem, společně s dehiscencí sutury a vezikovaginální píštělí. Tento stav byl následně řešen otevřenou revizí s reimplantací močovodu. Reimplantace byla ještě v dalších třech případech (1x pro stenózu ureteru pro progresi endometriózy, 1x pro ureterovaginální píštěl a 1x pro lézi močovodu po resekci střeva). V jednom případě byl urinózní leak močovodu, který se zhojil po zavedení stentu.

Závěr: Endometrióza uropoetického traktu je relativně vzácný nález. Nejčastěji je postižen močový měchýř. Základem pro stanovení diagnózy je klinický obraz. Z pomocných vyšetření se uplatňuje ultrazvuk, MRI a cystoskopie. Léčbou volby u hluboké infiltruující endometriózy je chirurgická léčba, která často vyžaduje rekonstrukční výkony. Současně jsou tyto výkony zatíženy signifikantními komplikacemi. Zásadní podmínkou léčby je multioborová spolupráce.

CZ62

CO SE STANE S LEDVINOU PO PODVAZU
LEVÉ RENÁLNÍ ŽÍLY?

Kaplan O.¹, Köhler O.¹, Belej K.¹, Štádl P.²,
Vitásek P.²

¹Oddělení všeobecné chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha²Oddělení cévní chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Úvod: Hodnocení dlouhodobých funkčních a morfologických změn levé ledviny po podvazu renální žíly provedené v rámci cévně rekonstrukčního výkonu na aortě.

Materiál a metody: V období 1/2012 až 11/2016 bylo na pracovišti cévní chirurgie provedeno 490 resekcí aneurysmat břišní aorty se substitucí cévní protézou. V rámci výkonu byla u 21 pacientů (4,3 %) podvázána levá renální žíla v místě nad aortou z důvodu obtížného přístupu k proximálnímu krčku aneurysmatu. Hodnotili jsme výsledky u osmi pacientů s odstupem 12–51 měsíců po operaci. Osm pacientů bylo po smrti a dalších pět se nepodařilo kontaktovat. Všichni měli normální pravou ledvinu. K hodnocení byly použity operační protokoly, hodnoty kreatininu před a po operaci, CT břicha a statická scintigrafie ledvin (DMSA scan).

Výsledky: V průběhu výkonu je u všech pacientů naložena na aortu svorka, optimálně pod odstupem renálních arterií pro zachování průtoku krve ledvinami. Toto bylo splněno pouze u tří pacientů, u ostatních pěti byla naložena supra-renálně, což vedlo k ischemii po dobu 10–140 min. a mělo hlavní vliv na výslednou relativní funkci ledviny dle DMSA scanu (0–53 %). Nedošlo ke zhoršení hodnot kreatininu kromě jednoho pacienta s afunkční ledvinou po ischemii trvajícím 140 min. Na CT byl u všech pacientů se zachovalou funkcí prokázán vznik kolaterálního řečiště cestou lumbálních žil (první lumbální žíla odstupující z v. renalis je spojena cestou v. lumbalis ascendens s v. iliaca communis) odvádějící krv do dolní duté žíly.

Závěr: Dobrou zprávou pro urologa je, že podvaz levé renální žíly nemusí vést nutně k hemoragické infarzaci ledviny a ke ztrátě její funkce za podmínky, že je ligována za odstupem lumbální žíly, přes kterou se vytváří kolaterální řečiště. Nutnou podmínkou zachování funkce je ne příliš dlouhá doba teplé ischemie, související s místem naložení svorky na aortu.

CZ63

MONDOROVA CHOROBA PENISU – SOUBOR PACIENTŮ Z NAŠEHO PRACOVIŠTĚ

Ladman J.¹, Koch M.², Bulínová R.²,
Miniberger M.³

¹Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

²Urologické oddělení, Nemocnice Písek, a. s.

³Radiodiagnostické oddělení, Nemocnice Písek, a. s.

Úvod: Mondorova choroba je vzácný druh tromboflebitidy postihující povrchové žíly a vyznačující se zejména fibroprodukcí. Projevuje se jako tuhý, většinou bolestivý pruh v průběhu žíly. Častěji se vyskytující u žen, kde je lokalizovaný především na trupu, u mužů je vzácnější a vyskytující se navíc i na penisu. K určení diagnózy nás dovede anamnéza, fyzikální vyšetření a ultrasonografie s užitím barevného dopplerovského vyšetření. Etiologie onemocnění se opírá především o Virchowovu triasu. Onemocnění má benigní průběh a jeho léčba je především konzervativní.

Materiál a metody: Prezentujeme retrospektivní skupinu šesti mužů ve věku 22 až 51 let z našeho pracoviště z let 2014–2017, u kterých jsme diagnostikovali povrchovou tromboflebitidu penisu. V souboru se vyskytují pacienti s různým stupněm postižení, dva v akutním stadiu, tři v subakutním a jeden s částečnou reperfuzí. Diagnózu jsme stanovili díky anamnéze, klinickému vyšetření a UZ dopplerovskému vyšetření penisu. Léčba byla ambulantní a konzervativní, její součástí bylo užívání antibiotik, nesteroidních antiflogistik, nízkomolekulárního heparinu, lokálně aplikace heparoidů, režimová opatření. V jednom případě byla nutná hospitalizace pro významnou flegmónu penisu.

Výsledky: Doba léčby trvala v rozmezí 14–30 dní. U žádného z pacientů nebyla známa sexuální přenosná choroba v době diagnózy, ale v jednom případě byla přítomna balanopostidia při fimóze. Tři pacienti byli dovyšetřeni na hematologii, k vyloučení trombofilního stavu, u jednoho pacienta byla zjištěna zvýšená aktivita faktoru VIII a pacient po roce prodělal recidivu tromboflebitidy v oblasti vena saphena posterior, další tři pacienti se na dovyšetření nedostavili. U dvou pacientů jsme sonograficky zjistili lymfadenopatii v tříšle, v prvním případě došlo po vyléčení celkového onemocnění i regresi nálezu, v druhém případě byl diagnostikován subakutní EBV infekce.

Závěr: Mondorova choroba penisu je méně známé benigní pro pacienty ovšem stresující onemocnění, které se poměrně dobře diagnostikuje i léčí. V terapii nejsou dosud jednotné postupy stran podávání a dávky antibiotik a anti-koagulancí. Dovyšetření na hematologii není vždy nezbytné. Léčbu může komplikovat špatná compliance.

CZ64

LAPAROSKOPICKÁ PYELOPLASTIKA U PACIENTKY S PELVIS DUPLEX – KAZUISTIKA

Čapka D., Nencka P., Klézl P.

Urologická klinika 3. LF UK v Praze a FNKV, Praha

Úvod: Posledních několik desetiletí tvoří otevřená pyeloplastika „zlatý standard“ v řešení obstrukce pyeloureterální junkce (PUJ). Resekční pyeloplastika představuje standardní způsob chirurgické léčby primární hydronefrózy. V současnosti se obstrukce pyeloureterálního přechodu (UPJO) nejčastěji řeší v dětském věku. Existuje počet dospělých, u nichž se diagnostikuje toto onemocnění i desítky let poté, co překročili práh dospělosti.

Popis klinického případu: Pacientka byla přijata koncem roku 2016 pro hydronefrózu vpravo a urosepsi. Stěžovala si na průjemy, strangurie a vysoké teploty. CT zobrazovalo dilataci pánvičky na 25 mm a stenózu v pyeloureterálním přechodu (PUJ). Ascendentní pyelografii (aUPG) zobrazovala štíhlý horní segment dichotomického dutého systému a dilatovaný dolní segment, pod kterým se nacházel velmi úzký krček. Indikována punkční nefrotomie (NFS) vpravo s následným poklesem zánětlivých parametrů. Dle SPECT menší pravá ledvina s vícečetnými defekty funkčního parenchymu. Indikována po měsíci k LPS pyeloplastice a zavedení dp-stentu. V histologickém nálezu preparát pánvičky bez známek tumoru. Po čtyřech měsících dle CT s IVU ledvina lehce defigurována s redukcí kory při zevní kontuře bez městnání, dle USG minimálně hypotonická. Pacientka ke sledování ambulantně.

Závěr: Laparoskopická pyeloplastika je excelentní operační technika a její výsledky jsou prakticky totožné s otevřenou technikou, výrazně však zkracují hospitalizaci. Metodu považujeme na našem pracovišti metodou volby a i uvedená pacientka díky tomu profitovala.

CZ65

HOLEP: SROVNÁNÍ HOLMIOVÝCH LASERŮ LUMENIS, SFINX A AURIGA XL

Kohler O., Kaplan O., Belej K.

Oddělení všeobecné chirurgie Nemocnice Na Homolce, Praha

Úvod: Cílem práce bylo srovnat klinické výsledky tří holmiovyých laserů (Auriga XL, Lumenis a Sfinx) při HoLEP.

Materiál a metody: Srovnali jsme perioperační data z 50 HoLEP provedených lasery Lumenis, Sfinx a Auriga XL pro BPH. Laser Lumenis byl používán v nastavení energie pulsu 2 J a frekvence 40/sec, Sfinx 3,5 J a 25/sec a Auriga 3 J 15/sec. Ze sledovaných dat jsme porovnali množství energie potřebné k odstranění srovnatelného množství tkáně, kontrolované časem enukleace, spotřebou tekutin a hmotností enukleátu.

Výsledky: Všechny lasery jsou dobře účinné při HoLEP, ale energie potřebná k enukleaci srovnatelného množství tkáně ve stejném čase je různá. Nejvyšší pro Sfinx, téměř o polovinu nižší u Lumenisu a 4,5 krát nižší u Aurigy XL. Možným vysvětlením je velmi rozdílný peak power, který dosahuje u Lumenisu 5 000 Watt, u Sfinx 15 000 a u Aurigy XL 21 200 Watt.

Závěr: Základním parametrem pro hodnocení účinku laseru na tkáň je dosažení požadovaného efektu při použití co nejnižšího množství energie. To nejlépe splňuje holmiový laser Auriga XL, který k dosažení stejné práce potřebuje nejnižší množství energie.

Grantová podpora: IG162101CHIR-URO.

CZ66

VLIV DENZITY A VELIKOSTI NEFROLITIÁZY NA VÝSLEDEK FLEXIBILNÍ URETERORENOSKOPIE S LASERTRYPŠÍ KONKREMENTU

Štrajtová I., Dančík P., Kuldán R.

Urologické oddělení Městské nemocnice Ostrava, Ostrava

Úvod: Flexibilní ureterorenoskopie (URS) je endoskopická metoda, umožňující minimálně invazivním způsobem vizualizovat močové cesty do dutého systému ledviny a s použitím laseru a extrakčních košíků efektivně odstranit konkrementy. V současnosti jsou poznatky o vlivu denzity na URS minimální. Cílem této práce je zhodnotit možný vliv denzity konkrementu a jeho velikosti na výsledek operace.

Materiál a metody: V letech 2008–2015 jsme na našem pracovišti provedli celkem 238 flexibilních URS z důvodu nefrolitiázy. Vybrali jsme 87 pacientů, kterým bylo předoperačně provedeno CT ledvin a změřena velikost konkrétních konkrementů a jejich denzita v Hounsfieldových jednotkách (HU) jako průměrná hodnota ve středu nejdelšího rozměru konkrementu. Po skončení operace byl na základě perioperačního nálezu, sonografie a rtg zaznamenán výsledek. Subjekty byly rozděleny do tří skupin dle výsledku operace na stone-free čítající 53 osob, CIRF (clinically insignificant residual fragments, velikost fragmentu do 4 mm) se 14 osobami a REST (clinically significant residual stone fragments, 4 mm a více) s 20 osobami. V těchto skupinách byla určena nejnižší, nejvyšší a průměrná denzita. Následně byli pacienti rozděleni do tří skupin dle velikosti konkrementu a vyjádřen vztah k výsledku operace.

Výsledky: Ve skupině stone-free byla nejvyšší denzita 1 303, nejnižší 215 a průměrná 599,49. Ve skupině CIRF nejvyšší 1 523, nejnižší 232 a průměrná 783,5. Ve skupině REST nejvyšší 1 169, nejnižší 334 a průměrná 637,85. Ve vztahu velikosti k výsledku jsme u skupiny předoperačních konkrementů do 7 mm zaznamenali 95,45 % stone-free, 4,55 % CIRF a 0 % REST. Ve skupině 7–20 mm to bylo 71,43 %, 19,05 % a 9,52 %. U skupiny nad 20 mm se jednalo o výsledky 8,70 %, 21,74 % a 68,57 %.

Závěr: Výsledkem naší práce je, že se nepodařilo prokázat významnou souvislost mezi denzitou konkrementu a výsledným efektem lasertrypse. Naopak jsme prokázali vztah mezi počáteční velikostí nefrolitu a výsledkem operace. Denzita konkrementu na rozdíl od jeho velikosti nemusí být jedním z hlavních kritérií rozhodování o operačním postupu.

CZ67

HPV INFEKCE V ORDINACI UROLOGA

**Matoušková M.¹, Tachezi R.², Králová V.¹,
Verner P.¹, Šourková D.¹**¹Urocentrum, Praha²NRL pro papilomaviry, Praha

Úvod: Sexuálně přenosná onemocnění tvoří širokou skupinu onemocnění. Celosvětově s nejvyšší frekvencí jsou muži i ženy postiženi HPV (human papiloma virus) infekcí. U části typů je prokázán onkogenní potenciál infekce (HR typy 16, 18, 33 a další) ve spojení s nádory hrdla děložního, vulvy, pochvy a penisu. Infekce předchází několik let rozvoj neoplazie. S jakými typy infekce se setká urolog? Očkovat?

Materiál a metody: Předkládáme soubor 247 mužů s HPV, kteří byli vyšetřeni do roku 2017 na našem pracovišti. Nejčastěji byli posláni z COP nebo přímo partnerkami s cervikální lézí. Průměrný věk je 27,3 roku (18; 57). Pouze 41 mělo výskyt zjevných lézí typu kondylomata accuminata, 60 lézí zvýraznitelných TCO, u ostatních bez prokazatelné léze. Odběr provádíme z léze nebo abrazií sliznice uretry. Typizace a sekvenace probíhá pomocí amplifikačních technik.

Výsledky: Nejčastějším typem bylo HPV 16 (38 %). V případě viditelných lézí byla místa ošetřena, všem pacientům byla doporučena režimová opatření. Po šesti měsících byl proveden kontrolní odběr či stěr. U 81 % vedla režimová opatření k negativním nálezům. Po více než roce při dodržování režimů přetrvává pozitivita v 7 %. Pacientům s HR typy infekce a partnerkami s plánovanou graviditou doporučujeme očkování proti HPV.

Závěr: HPV infekce jsou nejčastější STI. V současné době je k dispozici preventivní vakcína, chrání až před devíti typy. Terapeutická vakcína neexistuje. Viditelné léze lze odstranit chirurgicky. Dlouhodobé řešení však chirurgický přístup nepředstavuje. Pokud nechce pacient, resp. celý pár spolupracovat, není smysluplné se snažit o eradikaci infekce. Partnerka by měla být o infekci a jejích důsledcích informována.

Česká urologie

Supplementum A

**63. výroční konference
České urologické společnosti ČLS JEP**
18.–20. 10. 2017 / Plzeň

**European Association of Urology
17th Central European Meeting (CEM)**
19.–20. Oct 2017 / Pilsen

2017 – ročník/volume 21
ISBN 978-80-7471-207-4 (on-line)
www.czechurol.cz

