

26.  
*moravské  
urologické  
symposium*

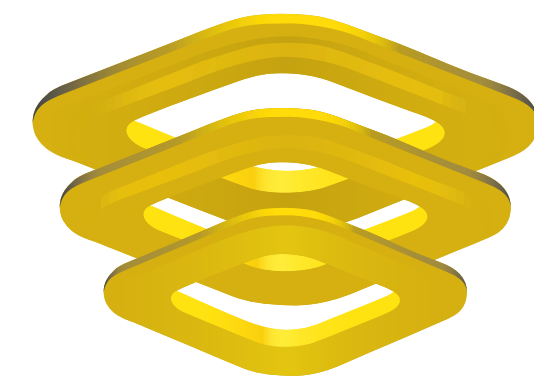
*Hotel Sepetná,  
Ostravice*

**20.–21. 5. 2024**

**ABSTRAKTA**

**SOLEN** MEDICAL EDUCATION





**Betmiga**<sup>TM</sup>  
mirabegronum

*$\beta_3$  agonista k léčbě  
hyperaktivního  
močového měchýře<sup>4</sup>*



- **Betmiga má prokázanou vysokou perzistenci\* při léčbě OAB<sup>1,2</sup>**
- **Mirabegron je dobře tolerován s incidencí sucha v ústech na úrovni placeba<sup>3</sup>**
- **Účinnost a bezpečnost ověřená ve velkých klinických studiích<sup>4</sup>**

\*53,8 % stále užívalo mirabegron po 10-12 měsících



## PROGRAM / pondělí / 20. 5. 2024

### 13.00–13.10 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.  
prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

### 13.10–14.40 **DOKTORANDSKÝ STUDIJNÍ PROGRAM**

Předsedající: prof. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,  
MUDr. Igor Hartmann, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

- **Výsledky randomizované klinické studie účinku beta-alaninu na dobu inkontinence u pacientů po radikální prostatektomii** – MUDr. Ondřej Česák, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. ml., Mgr. Petra Bastlová, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.
- **Význam zobrazovacích metod v detekci aberantních cév u pacientů s hydronefrózou v dětském věku** – MUDr. Nicola Hromčíková, MUDr. Jan Šarapatka, Ph.D.
- **Prediktivní faktory vyléčení hyperaldosteronismu adrenalektomií při prokázané jednostranné hypersekreci aldosteronu** – MUDr. František Hruška, MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.
- **Využití biomarkerů v diagnostice obstrukce horních močových cest u dětí v kojeneckém věku** – MUDr. Zuzana Študentová, MUDr. Jan Šarapatka, Ph.D., doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

- **Srovnání laparoskopické a roboticky-asistované adrenalektomie: multicentrická prospektivní randomizovaná klinická studie** –

MUDr. Natalia Wiesner, MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

- **Časná reendoresekcce tumoru močového měchýře** – MUDr. Pavel Žemla, MUDr. Milan Král, Ph.D.

### 14.40–15.00 **PŘESTÁVKA**

### 15.00–16.00 **BLOK I – NOVINKY V UROLOGII**

Předsedající: MUDr. Milan Král, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.,  
MUDr. Eva Burešová, Ph.D.

- **Léčba metastatického hormonálně senzitivního karcinomu prostaty** – MUDr. Milan Král, Ph.D.
- **Léčba kastračně rezistentního karcinomu prostaty** – MUDr. Hana Perková
- **Satelitní sympozium společnosti Astellas – Mirabegron v léčbě hyperaktivního močového měchýře – mýty a fakta** – MUDr. Eva Burešová, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

### 16.00–16.30 **PŘESTÁVKA**

## PROGRAM / pondělí / 20. 5. 2024

### 16.30–18.00 **BLOK II – VARIA**

Předsedající: MUDr. Igor Hartmann, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., prof. MUDr. Martin Doležel, Ph.D.

- **Cystektomie ve FN Olomouc, protokol ERAS** – MUDr. Igor Hartmann, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., MUDr. Šárka Kudláčková, Ph.D.
- **Radioterapie karcinomu prostaty** – prof. MUDr. Martin Doležel, Ph.D.
- **Nové indikace a ekonomika robotických operací** – doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D., Ing. Martin Knápek
- **Urologický model světa** – MUDr. David Ondra

### 18.00–19.00 **SESTERSKÁ SEKCE**

Předsedající: Mgr. Šárka Táborská, doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

- **Naše zkušenosti s novou generací mimotělního litotryptoru EDAP** – Irena Hrnčířiková, Alena Lišková
- **HoLEP (Holmiová laserová enukleace prostaty)** – Bc. Emílie Zedníčková, Jaroslava Čtvrtlíková
- **Roboticky asistovaná radikální cystektomie s derivací moči dle Brickerera** – Martina Fričarová, Marie Králová
- **Ošetrovatelská péče u pacienta po roboticky asistované radikální cystektomii (RaRACE) s Brickerovou derivací moči v rámci protokolu ERAS** – Bc. Anna Hegrová, Daniela Dopitová, DiS.

- **Kazuistika pacienta s Furniérovou gangrénou** – Bc. Eva Dohnalová, Bc. Hana Galasová
- **Řešení cizích těles zavedených do močových cest** – Mgr. Ludmila Hranická, Mgr. Karla Příbylková



## PROGRAM / úterý / 21. 5. 2024

### 9.00–11.30 SOUTĚŽNÍ BLOK KAZUISTIK

Předsedající: prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc., MUDr. Milan Král, Ph.D.

- **Difuzní velkobuněčný lymfom (DLBCL) močového měchýře u 69leté pacientky** – MUDr. Eliška Bocková, MUDr. Jan Pulcer, MBA, MUDr. Jozef Jaško, MUDr. Jiří Kudela
- **Primární melanom uretry** – MUDr. Magdaléna Bojić, MUDr. Ágnes Juhász, MUDr. Jiří Kočárek, Ph.D., MBA
- **Splenóza v lůžku po RANE** – MUDr. Jiří Herman, MUDr. Pavel Žemla, doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.
- **Objemná cysta urachu jako příčina močové retence u muže a její léčba** – MUDr. David Honzárek, MUDr. Tomáš Málek
- **Hemoragický šok způsobený krvácením angiomyolipomu** – MUDr. Nicola Hromčíková
- **Chobot v ureteru – od koliky k nádoru** – MUDr. Lukáš Kamenišťák, MUDr. Patrik Stegmann, MUDr. Leo Pšenčík
- **Karcinom penisu u mladého muže** – MUDr. Dominik Prachař
- **Raritní případ ureteroinguinální herniace** – MUDr. Václav Řepa, MUDr. Martin Kučera, MUDr. Václav Mičulek

- **Primární teratom varlete s cystickými metastázemi v retroperitoneu** – MUDr. Martin Šabík, doc. MUDr. Michal Staník, Ph.D.
- **Inoperabilní tumor ledvinové pánvičky** – MUDr. Michaela Šafářová, MUDr. František Hruška, doc. MUDr. Hana Študentová, Ph.D.
- **Roboticky asistovaná resekce tumoru ledviny komplikovaná nově diagnostikovanou amyloidózou** – MUDr. Minh Nguyet Tranová
- **Raritní nález u transplantované ledviny** – MUDr. Natalia Wiesner, doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D., MUDr. Igor Hartmann, Ph.D., prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.
- **Solitární fibrózní tumor pánve – tři případy zřidkavého sarkomu** – MUDr. Barbora Zetková, doc. MUDr. Michal Staník, Ph.D.
- **Nešťastný experiment s montážní pěnou v ebrietě** – MUDr. Michaela Železníková

### 11.30–12.00 PŘESTÁVKA



## PROGRAM / úterý / 21. 5. 2024

### 12.00–13.20 **BLOK III – VARIA**

Předsedající: doc. MUDr. Hana Študentová, Ph.D.,  
prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

- **Systémová léčba karcinomu ledviny** – doc. MUDr. Hana Študentová, Ph.D.
- **Dlouhodobé výsledky nefrektomie s odstraněním nádorového trombu dolní duté žíly a pravé síně** – prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., MUDr. Pavel Navrátil, FEBU, MUDr. Jiří Špaček, FEBU, MUDr. Miroslav Louda, Ph.D., prof. MUDr. Pavel Žáček, Ph.D., doc. MUDr. Petr Habal, Ph.D., doc. MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.
- **Radiomika a strojové učení – současný pohled** – doc. MUDr. Zbyněk Tüdös, Ph.D.
- **Povrchové nádory močového měchýře** – MUDr. Pavel Žemla
- **Biopsie v režimu ambulantního urologa** – MUDr. Hynek Skoták, Ph.D.

### 13.20–13.30 **ZÁVĚR SYMPOZIA, OCENĚNÍ NEJLEPŠÍCH KAZUISTIK A PŘEDÁNÍ CEN**

### NEKOMENTOVANÁ POSTEROVÁ SEKCE

- 1 Endovaskulární superselektivní embolizace v terapii vysokoprůtokového priapismu posttraumatické etiologie** – MUDr. Anh Quynh Demjanenko, MUDr. Jan Porod, MUDr. Samuel Heller, Ph.D., MUDr. Pavel Hanek, MUDr. Klára Havlová
- 2 Splenogonadální fúze u dítěte** – kazuistika – MUDr. Peter Kuliaček, FEBPS, MUDr. Ivo Novák, Ph.D., MUDr. Lukáš Krbal, Ph.D, MUDr. Jan Kopřiva, MUDr. Zuzana Svobodová
- 3 Raritní nález metastázy karcinomu prsu v močovém měchýři** – MUDr. Silvia Klebanová



Pondělí / 20. května 2024 / 13.10–14.40 hod.

## Doktorandský studijní program

Předsedající: prof. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Pondělí / 20. května 2024 / 13.10–14.40 hod.

### Výsledky randomizované klinické studie účinku beta-alaninu na dobu inkontinence u pacientů po radikální prostatektomii

MUDr. Ondřej Česák<sup>1,2</sup>, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D. ml.<sup>1,2</sup>,  
Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.<sup>3</sup>, doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Urologická klinika FN Olomouc

<sup>2</sup>Lékařská fakulta UP v Olomouci

<sup>3</sup>Oddělení rehabilitace, FN Olomouc

**Úvod a cíle:** Radikální prostatektomie (RP) je nevyhnutelně spojena s určitým stupněm postprostatektomické stresové inkontinence (PPI). Je známo, že cvičení svalů pánevního dna (PFMT) má pozitivní efekt na PPI. Suplementace beta-alaninem (BA), široce používaným sportovním doplňkem, dosud nebyla studována. Prezентujeme výsledky prospektivní randomizované studie porovávající PFMT se skupinou s PFMT v kombinaci se suplementací BA.

**Metody:** Účinek BA a PFMT na močovou inkontinenci po radikální prostatektomii (BELA) je prospektivní randomizovaná placebem kontrolovaná dvoji-

tě zaslepená studie u mužů s lokalizovaným karcinomem prostaty provedená v terciárním akademickém centru. Pacienti byli v poměru 1 : 1 randomizováni k užívání 3 kapslí denně obsahujících 1 150 mg BA nebo placebo. Studijní návštěvy byly prováděny předoperačně, poté 6 týdnů, 3 a 6 měsíců po operaci. Všichni účastníci byli opakovaně edukováni v PFMT specializovaným fyzioterapeutem.

Primárním výstupem byla kontinence močová, stratifikovaná podle 1hodinového vložkového testu na kontinenci 0–1 g; mírnou 1–10 g; střední 11–50 g; a těžkou inkontinenci > 50 g. Sekundárními výstupy byly nežádoucí události a měření kvality života (dotazníky EQ-5D-5L, IIEF5, EPIC-CP, OAB-V8, FACT-P a ICIQ-SF). Studie je registrována v ClinicalTrials.gov, číslo NCT04862533.

**Výsledky:** Mezi roky 2020 a 2022 bylo pro vstup do studie randomizováno 80 pacientů, devět pacientů odvolalo souhlas a/nebo byli vyřazeni, RP byla zrušena u pěti. Jednotlivé skupiny (n = 33 vs. n = 33) byly dobře vyvážené, s žádným významným rozdílem v demografických, perioperačních a klinickopatologických datech. Močová kontinence se mezi skupinami statisticky významně nelišila. Za šest týdnů od operace bylo v BA skupině 0 % vs. 9,4 % kontinentních pacientů ve srovnání s placebem, mírná inkontinence byla 12,1 % vs. 21,9 % (p = 0,205). Tříměsíční kontinence byla 12,1 % vs. 27,3 %; mírná inkontinence byla 21,2 % vs. 24,2 % (p = 0,263). Za šest měsíců bylo kontinent-



Pondělí / 20. května 2024 / 13.10–14.40 hod.

ních pacientů v BA skupině 15,2 % vs. ve skupině placebo 37,5 %; a 27,3 % vs. 34,4 % mírně inkontinentní ( $p = 0,07$ ). Ve skupině BA byly zaznamenány dvě nežádoucí události (mírná parestezie). Validované dotazníky nenašly statisticky významný rozdíl v kvalitě života pacientů mezi skupinami.

**Závěr:** Přidání BA k PFMT nevedlo k dřívějšímu návratu kontinence močové u pacientů po radikální prostatektomii.

*Podpořeno z grantu studentské grantové soutěže UP IGA\_LF\_2022\_031.*

*Studie registrována v ClinicalTrials.gov pod č. NCT04862533.*

## Význam zobrazovacích metod v detekci aberantních cév u pacientů s hydronefrózou v dětském věku

MUDr. Nicola Hromčíková, MUDr. Jan Šarapatka, Ph.D.

Urologická klinika FN Olomouc

**Úvod:** Dilatace kalichopánvičkového systému ledviny (KPS) u dětí je v současné době nejčastěji zachycena již v rámci prenatálního screeningu s výskytem 0,6–5,4 %. Nejčastější příčinou prenatálně diagnostikované dilatace KPS je pak obstrukce pyeloureterální junkce (PUJ), která způsobuje nedostatečný odtok moče z pánvičky do proximálního ureteru s následnou dilatací dutého systému ledviny s možností poškození ledviny. Obstrukce PUJ může být způsobena vnitřními příčinami (stenóza pelvioureterálního přechodu, slizniční řasy...) a nebo příčinami vnějšími (nejčastěji útlak aberantní cévou zásobující dolní pól led-

viny). U řady pacientů není stanovení obstrukce jednoduché a rozsah dilatace nemusí vždy odpovídat závažnosti překážky a míře poškození ledvinné funkce.

V rámci diagnostiky je třeba co nejefektivněji a s co nejmenší zátěží dítěte odlišit závažné stavy, vyžadující operační řešení. Nejčastěji jsou využívány ultrasonografie ledvin k posouzení míry dilatace KPS a dynamická scintigrafie ledviny k posouzení odtoku moče z HMC a ke stanovení funkce. U některých pacientů lze využít i dalších zobrazovacích metod, jako je intravenózní vylučovací urografie, magnetická rezonance, CT vyšetření či doplnění Dopplerovského zobrazení v rámci ultrasonografie ledvin při pátrání po aberantních cévách.

**Cíl studie:** Cílem naší prospektivní studie je stanovit spolehlivost Dopplerovského vyšetření pro detekci aberantních cév.

**Závěr:** V současné době se nacházíme ve fázi sběru dat. Výsledky studie budou využity ke stanovení optimálního terapeutického a diagnostického plánu.

## Prediktivní faktory vyléčení hyperaldosteronismu adrenalektomií při prokázané jednostranné hypersekreci aldosteronu

MUDr. František Hruška, MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Urologická klinika FN Olomouc

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



Pondělí / 20. května 2024 / 13.10–14.40 hod.

**Pacienti a metody:** V současné době probíhá retrospektivní analýza údajů pacientů, kteří podstoupili adrenalektomii na Urologické klinice FN Olomouc a spřízněných pracovišť pro primární hyperaldosteronismus. Sesbíraná data jsou zaměřena na demografické hodnoty, hormonální aktivitu, standardizovanou jednotlivou denní dávku (DDD) antihypertenzní terapie, komplikace spojené s operačním výkonem, histopatologickou verifikaci a další kritéria.

**Výsledky:** V letech 2010–2022 byla na Urologické klinice FN Olomouc provedena adrenalektomie pro hyperaldosteronismus u 128 pacientů, kteří předoperačně užívali v průměru 5,21 (0–7) standardizované denní dávky antihypertenziv. Jednalo se o 47 (36,71 %) žen a 81 (63,29 %) mužů. Průměrný věk operovaných byl 58,3 let (33–71 let). Pacienti byli před stanovením diagnózy hyperaldosteronismu sledováni a léčeni pro hypertenzi v průměru 113,3 (11–302) měsíců. Průměrný krevní tlak dosahoval hodnoty 161/64 mm Hg. BMI pacientů bylo průměrně 31,06 (19–44,5). Průměrný podíl aldosteron (ALD)/plazmatická reninová aktivita (PRA) dosahoval 435,12 (2,0–2691,78). U 106 (82,81 %) pacientů byla prokázána hypokalemie. Laparoskopická adrenalektomie byla provedena ve 100 % případů, ani u jednoho pacienta nebylo nutné přistoupit k operační konverzi. Nejčastěji byla v histologickém nálezu zastoupena hyperplazie 69 (53,90 %), adenom byl prokázán v 57 (44,53 %), 2 (1,57 %) karcinom. Za 12 měsíců došlo k biochemické regresi u 106 pacientů, z toho u 46 (35,93 %) kompletní, kdy došlo k úplnému vysazení antihypertenziv, u 60 (46,87 %) pacientů došlo k redukci DDD. U 22 (17,20 %) pacientů nebyl zaznamenán klinický efekt operačního řešení. Klinická odpověď stran normalizace krevního tlaku nastala u 31,3 % pacientů. Průměrně se krevní tlak snížil o 32/14–131/81 mm Hg. Jestliže

předoperačně pacienti užívali v průměru 5,21 jednotek antihypertenziv, během 12 měsíců po operaci došlo ke snížení na 3,11 jednotek standardizované denní dávky. Signifikantnější redukce dávky antihypertenziv byla detekována u žen.

**Závěr:** Primární hyperaldosteronismus vyvolaný jednostrannou hypersekrecí aldosteronu je chirurgicky léčitelné onemocnění, jehož chirurgické řešení vede ke zkvalitnění života a jehož prediktivní faktory budou nadále předmětem mé doktorandské práce.

## Využití biomarkerů v diagnostice obstrukce horních močových cest u dětí v kojeneckém věku

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

Urologická klinika FN a LF UP Olomouc

**Současný stav problematiky:** Dilatace kalichopánvičkového systému (KPS) je zachycena při ultrazvukovém (UZ) vyšetření u 1–5 % plodů. Ve více jak 50 % případů je dilatace KPS pouze přechodným stavem a během postnatálního sledování spontánně vymizí. Nejčastějšími patologickými jednotkami je obstrukce pelviureterální junkce (PUJ – cca 50 %) a primární obstrukční megaureter (POM) – obstrukce v oblasti ureterovezikální junkce (UVJ – cca 25 %). Přítomnost obstrukce vyhodnocujeme na základě kombinace UZ nálezů a při dynamické scintigrafii s furosemidovým testem. Celková doba scintigrafického vyšetření je 45 minut, většinou v analgosedaci a s nutností zajištěného žilního vstupu.



Pondělí / 20. května 2024 / 13.10–14.40 hod.

Vyšetření je tedy pro kojence poměrně náročné. Vzhledem k jeho invazivitě je hledán vhodný diagnostický marker predikující poškození ledvinného parenchymu a nutnost časného operačního zákroku.

**Cíl studie:** Klinické využití biomarkerů CA 19-9, TGF beta 1, IL 6, NGAL a ALB vyšetřovaných v moči jako prediktivního faktoru obstrukce horních močových cest, tzn. pomocí těchto močových markerů rozlišit, kdy je dilatace horních močových cest u kojenců riziková pro vývoj ledvin a měla by být indikována k operačnímu řešení a naopak, kdy je možné postupovat konzervativně a dítě pouze sledovat.

**Dosažené dosavadní výsledky:** Pacienti a nábor – kojenci s průměrným mediánem věku 7,4 měsíců o celkovém počtu zařazených do studie  $n = 123$ , soubor dat z období srpen 2019 až červenec 2023.

Do studie bylo ve skupině operovaných zařazeno 46 kojenců s prokázanou obstrukcí PUJ podle MAG-3 scintigrafie, kteří podstoupili resekční pyeloplastiku (medián funkce 47 %) a 9 kojenců s POM (medián funkce 44 %), kterým byla provedena reimplantace močovodu.

Ve skupině primárních hydronefróz s obstrukcí PUJ bylo operováno 36 chlapců a 12 dívek s celkovým mediánem věku 4 měsíce. Jednalo se vždy o unilaterální vadu. Ve většině případů byla příčinou obstrukce stenóza PUJ ( $n = 44$ ), v jednom případě křížící cévní svazek a 1× kombinovaná vada. Medián APD (antero-posterior pelvic diameter) při UZ vyšetření před operací byl 23 mm.

Ve skupině s POM s obstrukcí UVJ bylo operováno 6 chlapců a 3 dívky s mediánem věku 8 měsíců. Jednalo se vždy o unilaterální vadu. Medián APD byl 16 mm a medián dilatace močovodu 15 mm.

Do skupiny sledovaných s primární hydronefrózou bez prokázané obstrukce PUJ bylo zařazeno 24 kojenců s mediánem věku 7 měsíců, 19 chlapců a 5 dívek.

Do skupiny sledovaných s POM bez průkazu obstrukce UVJ bylo zařazeno 9 chlapců s mediánem věku 8 měsíců.

Kontrolní skupinu tvoří 31 zdravých dětí s mediánem věku 10 měsíců, 27 chlapců a 4 děvčata.

Biomarkery z moči pacientů byly vyšetřovány pomocí ELISA kitů financovaných z grantů IGA\_LF\_2020\_046 a IGA\_LF\_2023\_050.

Finální vyhodnocení možného klinického využití jednotlivých biomarkerů v praxi se momentálně nachází ve fázi statistického zpracování.

## Srovnání laparoskopicky a roboticky-asistované adrenalektomie: multicentrická prospektivní randomizovaná klinická studie

MUDr. Natalia Wiesner<sup>1,2</sup>, MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Urologická klinika FN Olomouc

<sup>2</sup>Lékařská fakulta UP v Olomouci

**Úvod:** Adrenalektomie je indikována při řešení tumorů nadledvin nebo některých stavech hormonální adrenální hyperprodukce. V dnešní době je prováděna převážně miniinvazivně – laparoskopickým nebo roboticky-asistovaným přístupem. Dosud publikovaná literatura neprokázala jasnou superioritu jednoho z operačních přístupů – publikované studie jsou z většiny



Pondělí / 20. května 2024 / 13.10–14.40 hod.

retrospektivní, ojedinělá prospektivní studie je staršího data a na malém souboru pacientů.

Cílem této klinické studie je prospektivní srovnání perioperačních a pooperačních výsledků obou operačních přístupů a zhodnocení případné superiority jednoho z nich.

**Materiál a metody:** Do této multicentrické randomizované prospektivní studie budou zařazeni pacienti ve věku od 18 let, s unilaterálním onemocněním nadledviny velikosti do 12 cm, bez známek infiltrativního růstu či nádorového žilního trombu na zobrazovacích metodách. Pacienti po splnění vstupních kritérií (předpokládaný počet účastníků  $n = 100$ ) budou randomizováni metodou náhodné sekvence čísel do skupin k provedení laparoskopické nebo roboticky-asistované adrenalektomie.

Pacienti budou sledováni dle publikovaného studijního protokolu (předoperačně, 14.–20. pooperační den, 85.–100. pooperační den). Součástí protokolu je předoperačně a pooperačně odběr biologického materiálu, provedení komplexního vyšetření urologem (včetně UZ ledvin, nadledvin, močového měchýře a fyzikálního vyšetření). Samotný operační zákrok bude proveden v jednom z terciárních akademických center. Operační (délka operace, krevní ztráty, nutnost konverze), perioperační výsledky (délka pobytu na JIP, délka hospitalizace, čas do extrakce drénu) budou analyzovány, v časném pooperačním období bude analyzována spotřeba analgetik. Časně i pozdní pooperační komplikace budou hodnoceny dle Clavien-Dindo klasifikace. K analýze kvality života bude provedeno dotazníkové šetření (Short Form-36).

**Cíle projektu:** Primárním cílem práce je prospektivně srovnat výsledky adrenalektomie provedené laparoskopickým nebo roboticky-asistovaným přístupem, případně potvrdit superioritu jednoho ze zmíněných přístupů. Sekundárním cílem je analýza perioperačních a pooperačních výsledků a srovnání kvality života pacientů v jednotlivých skupinách.

**Závěr:** Výsledky studie mohou pomoci v určení optimálního terapeutického plánu u pacientů indikovaných k adrenalektomii. Momentálně je studie ve stadiu sběru dat.

*Studie byla schválena Etickou komisí FN a LF Olomouc dne 21. 08. 2023 č. 122/23 a oficiálně registrována v Clinical trial. Gov, číslo NCT06050057.*

## Časná reendoresekcce tumoru močového měchýře

MUDr. Pavel Žemla, MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

**Úvod:** Transuretrální resekce (TURBT) je primární terapeutická a zároveň diagnostická metoda v terapii karcinomu močového měchýře. Touto metodou lze radikálně odstranit svalovinu neinvadující karcinomy močového měchýře (NMIBC) mimo karcinom in situ (CIS).

**Průběžné výsledky:** Od 1. 9. 2022 do 30. 6. 2023 bylo na základě podepsání informovaného souhlasu zařazeno do prospektivní randomizované studie 11 pacientů, kteří podstoupili TURBT s histologickým nálezem uroteliálního karcinomu s T1 invazí. Podmínkou pro vstup do studie byla přítomnost svaloviny



Pondělí / 20. května 2024 / 15.00–16.00 hod.

viny v preparátu a dle operátora makroskopicky radikální výkon. Pacienti byli randomizováni do skupin s provedenou časnou reTURBT (5 pacientů) a bez provedené časně reTURBT (6 pacientů). Obě skupiny byly indikovány k BCG terapii. Z těchto 11 pacientů 2 pacienti nemohli pro silné mLUTS absolvovat BCG terapii a 2 pacienti plánovaní k časně reTURBT tuto operaci nakonec nepodstoupili. Ze zbylých 7 pacientů byl u jednoho pacienta po reTURBT upstaging do T2. Tento pacient podstoupil následně neoadjuvantní terapii a RACE. Zbylých 6 pacientů podstoupilo minimálně 9 dávek BCG a u 2 z nich

byla provedena časná reTURBT. Pacienti byli následně 12 měsíců sledování po primární TURBT.

**Závěr:** Vzhledem k nízkému počtu pacientů nelze výsledky validně hodnotit. Zarazil nás však upstaging invaze do T2 u jedné pacientky po reTURBT, ačkoli primární reendoresekcce byla do hluboké svaloviny s jejím 20% zastoupením v preparátu. Vzhledem k vysoké agresivitě T1 HG tumoru s přítomností CIS, kdy u těchto pacientů je dle EAU guidelines na 1. místě indikována RACE, jsme se rozhodli v takto nastavené studii nepokračovat.

## Blok I – Novinky v urologii

Předsedající: MUDr. Milan Král, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.,  
MUDr. Eva Burešová, Ph.D.

Pondělí / 20. května 2024 / 15.00–16.00 hod.

### Léčba metastatického hormonálně senzitivního karcinomu prostaty

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Základem léčby metastatického hormonálně senzitivního karcinomu prostaty (mHSPC) je androgenní deprivace (ADT). Tato byla v minulosti vedena formou

chirurgické kastrace, v dnešní době je v drtivé většině případů nahrazena farmakologickou kastrací (LHRH antagonisty/agonisty).

Zatímco se dříve dle doporučení podávala ADT jako monoterapie a s další fází léčby se vyčkávalo do vzniku kastračně rezistentního stadia, u pacientů s průkazem metastatického stadia by měla být dle doporučení řady odborných společností zahájena již vstupně terapie ADT v kombinované formě. V případě abirateronu jsou indikační kritéria alespoň dva ze tří high risk parametrů, a to přítomnost nejméně tří kostních metastáz, Gleasonovo skóre  $\geq 8$  a přítomnost viscerálních metastáz. Důležité však je, aby léčba abirateronem byla zahájena



Pondělí / 20. května 2024 / 15.00–16.00 hod.

nejpozději do tří měsíců od zahájení ADT. Další možností je podávání ADT spolu s antiandrogeny II. generace, tj. s apalutamidem či enzalutamidem. V obou případech není nutné splnit výše uvedené high risk kritéria a kandidáty jsou pacienti jak primárně diagnostikovaní jako metastatičtí, tak ti, u kterých došlo k systémové progresi. Nutno podotknout, že podávání enzalutamidu je nutno zahájit do šesti měsíců od zahájení ADT. U pacientů s tzv. high volume disease, tedy s přítomností viscerálních metastáz a/nebo  $\geq 4$  kostní metastázy, přičemž

minimálně jedna z těchto metastáz musí být mimo pánev a páteř, je možností podávání ADT spolu s docetaxelem. V této indikaci lze podat šest cyklů (s/bez prednisonu), ačkoli není tato indikace standardně doporučována. V kombinaci s docetaxelem a ADT lze podávat i další antiandrogen – darolutamid. V případě metastatických pacientů s tzv. low volume disease lze zvážit i lokoregionální terapii (na primární nádor 55Gy/20 frakcí/4 týdny (1 frakce denně), případně 36Gy/6 frakcí/6 týdnů (jedna frakce týdně).

## Satelitní sympozium společnosti Astellas

### Mirabegron v léčbě hyperaktivního močového měchýře – mýty a fakta

MUDr. Eva Burešová, Ph.D., doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Indikace k terapii mirabegronem je symptomatická léčba urgencye, zvýšené frekvence močení a/nebo urgentní inkontinence, které se mohou vyskytnout u dospělých pacientů se syndromem hyperaktivního močového měchýře (OAB). Doporučená dávka u dospělých je 50 mg jednou denně. U jedinců s mírně až středně závažným poškozením funkce ledvin nebo mírným poškozením funkce jater, se současným užíváním silných inhibitorů CYP3A, se doporučuje dávku snížit na 25 mg. U nemocných s těžkým selháním ledvin a jater není léčba doporučena. Absolutní kontraindikací je závažná neléčená hypertenze, která je

definovaná systolickým krevním tlakem nad 180 mmHg a/nebo diastolickým krevním tlakem 110 mmHg a více.

Přesto, že mirabegron patří mezi etablovanou terapii OAB syndromu, je stále opředen mýty. Zejména se jedná o obavy o účinnost a bezpečnost této léčby u seniorů. Je známo, že prevalence OAB se zvyšuje s věkem, avšak osoby ve věku  $\geq 65$  let (a zejména  $\geq 75$  let) jsou v klinických studiích často nedostatečně zastoupeny (1). Antimuskarinika se běžně používají k léčbě OAB u starších pacientů, ale mohou přispívat k celkové anticholinergní zátěži (ACB). ACB může být v některých populacích, například ve věkové skupině  $\geq 65$  let, vysoká. Vysoká ACB může mít dopad na kognitivní funkce, zejména u starších osob (2). Proto léčba mirabegronem představuje alternativní léčbu k antimuskarinikům (1). Studie PILLAR zkoumala účinnost, bezpečnost a snášenlivost mirabegronu u pacientů s OAB ve věku  $\geq 65$  let (více než čtvrtina byla ve věku  $\geq 75$  let) (1). Ve studii tera-



Pondělí / 20. května 2024 / 16.30–18.00 hod.

pie mirabegronem prokázala u starších pacientů dobrou účinnost a bezpečnost bez vlivu vliv na kognitivní funkce.

Další diskutovanou oblastí je riziko dopadu mirabegronu na kardiovaskulární (KV) funkce. To souvisí s mechanismem účinku betamimetik, která zvyšují hodnoty krevního tlaku a srdeční frekvenci. V této souvislosti mohou vyvstávat otázky týkající se potenciální kardiovaskulární bezpečnosti mirabegronu. Na základě těchto údajů byla provedena studie PASS s cílem porovnat výskyt nežádoucích KV účinků u pacientů po užití mirabegronu nebo antimuskarinik. Při užívání mirabegronu k léčbě OAB syndromu bylo zaznamenáno mírné zvýšení krevního tlaku (přibližně 0,5 mmHg) a tepové frekvence (přibližně 1,5 tepů za minutu) oproti placebo (3).

Je známo, že koexistence OAB s BPH má vliv na kvalitu života (4). O použití mirabegronu jako doplňkové léčby k léčbě symptomů OAB u mužů užívajících tamsulosin jsou k dispozici jen omezené údaje (4). Studie PLUS a MATCH zkoumaly účinnost, bezpečnost a snášenlivost mirabegronu jako doplňkové léčby k tamsulosinu u mužů s příznaky OAB. Bylo zjištěno, že kombinovaná léčba s mirabegronem vykazuje dobrou účinnost a snášenlivost při léčbě reziduálních symptomů OAB u mužů, kterým je podáván tamsulosin (4, 5).

### Literatura

1. Wagg A, et al. Eur Urol. 2020;77(2):211-220.

2. Nishtala PS, et al. Expert Opin Drug Saf. 2016;15(6):753-768.

3. Nitti VW. Int J Clin Pract. 2014;68:972-85.

4. Kaplan SA, et al. J Urol. 2020;203(6):1163-1171.

5. Kakizaki H, et al. Eur Urol Focus. 2020;6(4):729-737.

## Blok II – Varia

Předsedající: MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.,  
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,  
prof. MUDr. Martin Doležel, Ph.D.

Pondělí / 20. května 2024 / 16.30–18.00 hod.

### Urologický model světa

MUDr. David Ondra

Uroamb, s. r. o., Uherské Hradiště

Dnes již není pochyb o tom, že urologie patří mezi nejvýznamnější lékařské disciplíny. Autor ve sdělení shrnuje změny ve vnímání postavení a významu urologie od jejích počátků až do současné doby a dochází k závěru, který zásadně mění pohled na náš svět i světy ostatní.



Pondělí / 20. května 2024 / 18.00–19.00 hod.

## Sesterská sekce

Předsedající: Mgr. Šárka Táborská, doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Pondělí / 20. května 2024 / 18.00–19.00 hod.

### Naše zkušenosti s novou generací mimotělního litotryptoru EDAP

Irena Hrnčířiková, Alena Lišková

Urologické oddělení, KNTB Zlín

Tématem přednášky bude litotrypse, což je obecně terapie využívající tlakové rázové vlny k drcení ledvinových kamenů. Teoretická část popíše princip rozbíjení kamínek pomocí této rázové vlny. Stanovíme indikace vhodné k výkonu a seznámíme se s přístrojem, pomocí něhož tuto metodu uskutečňujeme. V KNTB se nachází nový přístroj k provádění výkonu a tento porovnáme s jeho předchůdcem. Vyhodnotíme si statistiky úspěšnosti rozbíjení konkrementů. Dále bude následovat praktická část. Zajímat nás bude, jak probíhá příprava před výkonem. Jaká režimová opatření je nutné dodržovat, aby výkon mohl proběhnout. Popíšeme si i samotný výkon a asistence z pozice zdravotní sestry. Následně se zaměříme na pooperační péči, edukaci pacienta, potencionální komplikace a rizika. Zhodnotíme očekávané výsledky a možné další alternativy léčby.

### HoLEP (Holmiová laserová enukleace prostaty)

Bc. Emílie Zedníčková, Jaroslava Čtvrtlíková

Urologická klinika FN Olomouc

Tato minimálně invazivní operační metoda využívající holmiového laseru při benigní hyperplazii prostaty je v současnosti preferovanou alternativou klasických operací prostaty na mnoha světových pracovištích. Výhodou kompletní enukleace prostatické hyperplazie je menší počet reoperací, minimální krevní ztráty, kratší doba katetrizace, rychlejší zlepšení parametrů močení, kratší doba hospitalizace. Nevýhodou jsou obvykle delší operační časy než u TURP.

V současné době moderní literatura poukazuje na to, že HoLEP nahradila TURP a otevřenou prostatektomii. HoLEP byla podrobena rozsáhlému klinickému výzkumu, který v konečné fázi označil tuto technologii za zlatý standard v léčbě BHP (benigní hyperplazie prostaty).



Pondělí / 20. května 2024 / 18.00–19.00 hod.

## Roboticky asistovaná radikální cystektomie s derivací moči dle Brickerera

Martina Fričarová, Marie Králová

Centrální operační sály FN Olomouc

Chirurgickým řešením lokálně pokročilých nádorů močového měchýře je radikální cystektomie. Jedná se o výkon, při kterém je odstraněn celý močový měchýř společně se spádovými uzlinami. U mužů je zároveň odstraněna prostata a semenné vajíčky, u žen se zpravidla odstraňuje děloha a část pochvy. Absence močového měchýře je následně v rekonstrukční fázi operace řešena derivací moči do krátkého úseku vytnutého tenkého střeva (konduit), na které jsou napojeny močovody a odkud moč volně vytéká do sběrného sáčku nalepeného na kůži. Jedná se o jednu z nejčastějších a nejméně komplikovaných technik (operace dle Brickerera). V našem příspěvku bychom vás chtěli seznámit s našimi zkušenostmi provedení tohoto výkonu s použitím robotického systému DaVinci Xi, výhodami i nevýhodami roboticky asistované radikální cystektomie.

## Ošetrovatelská péče u pacienta po roboticky asistované radikální cystektomii (RaRACE) s Brickerovou derivací moči v rámci protokolu ERAS

Bc. Anna Hegrová, Daniela Dopitová, DiS.

Urologická klinika FN Olomouc

Cílem této přednášky je posluchače seznámit s ošetrovatelskou péčí o pacienty po RaRACE s derivací dle Brickerera v protokolu ERAS. Celý proces přípravy pacientů je zahájen v rámci dlouhodobé předoperační přípravy v rámci ambulantního provozu a končí bezprostřední přípravou před samotným výkonem na lůžkovém oddělení. Jeho nedílnou součástí je následná pooperační péče. Budou zmíněny podmínky ERAS protokolu, které zkracují dobu hospitalizace a urychlují rekonvalescenci pacienta.

## Kazuistika pacienta s Furniérovou gangrénou

Bc. Eva Dohnalová, Bc. Hana Galasová

Urologická FN Ostrava

Prezentace stručně představuje onemocnění – Furniérova gangréna. Příčiny vzniku onemocnění, průběh a léčbu Furniérovi gangrény. Podrobněji je popsána kazuistika pacienta s tímto onemocněním hospitalizovaného ve FN Ostrava. Je zde popsán průběh hospitalizace pacienta, léčba rány, operační výkony prováděné pro Furniérovu gangrénu. Prezentace je doplněna fotografickou dokumentací zobrazující průběh hojení rány.



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

## Řešení cizích těles zavedených do močových cest

Mgr. Ludmila Hranická, Mgr. Karla Příbylková

Urologická klinika FN Ostrava

Nález cizího tělesa v močovém měchýři není v urologické praxi ničím neobvyklým. Zavedení cizího tělesa do dolních močových cest bývá často spojeno se sexuálními praktikami. Odstranění takového tělesa však nemusí být vždy jednoduchým výkonem. Formou kazuistik bychom rády posluchače seznámily s konkrétními případy, se kterými jsme se setkaly na našem pracovišti.

## Soutěžní blok kazuistik

Předsedající: prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.,

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

## Difuzní velkobuněčný lymfom (DLBCL) močového měchýře u 69leté pacientky

MUDr. Eliška Bocková<sup>1</sup>, MUDr. Jan Pulcer, MBA<sup>1</sup>,MUDr. Jozef Jaško<sup>1</sup>, MUDr. Jiří Kudela<sup>2</sup><sup>1</sup>Urologické oddělení SZK Krnov<sup>2</sup>Patologické oddělení SZK Krnov

**Úvod do kazuistiky:** 69letá pacientka přichází v září 2023 na LSPP pro dysurické potíže a cystalgie trvající dle jejích slov 3 dny s nálezem velmi mírné mikrohematurie. Proto lékařem LSPP provedeno CT břicha s kontrastní látkou s nálezem nejasné objemné patologické formace zasahující do stěny močového měchýře. Bylo zrealizováno gynekologické vyšetření, které gynekologickou etiologii neoplastického procesu vylučovalo. Proto byla pacientka indikována k provedení cystoskopie včetně random biopsie močového měchýře.

**Další průběh:** Pacientčin zdravotní stav postupně progreduje. Při CT urotraktu popsána již nepřehledná oblast malé pánve s retroperitoneální lymfadenopatií. Dále zjištěna dilatace KPS I. dx, která řešena zavedením DJS. Pacientka přeložena na interní a poté na anesteziologicko-resuscitační oddělení pro progresi akutního kardiálního a renálního selhání, ale i přes veškerou intenzivní péči nastal u pacientky exitus letalis v první polovině října 2023.

**Výsledek biopsie a závěr:** V rámci tzv. druhého čtení výsledku histologie se potvrdil nález difuzního velkobuněčného lymfomu z B-buněk centroblastického typu, nádoru vyskytujícího se v močovém měchýři méně než v 1 %. Pacientka byla potencionálně kurabilní, ale nedokázala se dostat přes akutně ohrožující stav.



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

## Primární melanom uretry

MUDr. Magdaléna Bojič<sup>1</sup>, MUDr. Ágnes Juhász<sup>1</sup>,  
MUDr. Jiří Kočárek Ph.D., MBA<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Urologické oddělení Oblastní nemocnice Kladno

<sup>2</sup>Urologická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

<sup>3</sup>Urologická klinika, 3. LF UK a FNKV, Praha

**Úvod:** Maligní melanomy uretry patří k vzácným nádorovým onemocněním, představují 1 % všech melanomů a 4 % všech nádorů uretry, s výrazně nepříznivou prognózou. Svou roli hraje nejen agresivita slizničních melanomů, ale i absence příznaků, které by pacienta přivedly do péče urologa. I proto je většinou onemocnění diagnostikováno v pokročilém stadiu, často s již přítomnými vzdálenými metastázami.

Výskyt primárního uretrálního melanomu je 3× častější u žen, než u mužů. Převážně nacházíme melanom uretry ve formě nodulárních útvarů, často s ulcerací, v odstínech tmavě hnědé, modré či černé. U žen může svým vzhledem imitovat karunkulu uretry, proto u rychle rostoucích lézí uretrálního ústí je vhodné v diferenciální diagnostice pomýšlet na přítomnost maligního melanomu.

**Kazuistika:** 60letý pacient přichází do urologické ambulance pro makroskopickou hematurii. Při flexibilní cystoskopii byl ve fossa naviculare nalezen kontaktně krvácející stopkatý tumor. Biopsicky byl verifikován maligní melanom uretry. Pacient byl dále referován do Komplexního onkologického centra, kde byla po zhotovení FDG PET CT indikována chirurgická léčba, a to ve formě

totální penektomie s perineostomií a bilaterální inguinální lymfadenektomií. Vzhledem k histologickému nálezu pozitivních uzlin (2/35) byla indikována bilaterální pánevní lymfadenektomie, již s negativním nálezem. S odstupem tří měsíců od penektomie bylo zhotoveno dispenzární PET CT s nálezem vysoce FDG avidní expanze pravé nadledviny. Pacient dále zůstává v péči KOC, kde je plánována systémová terapie.

**Závěr:** Vzhledem k malému počtu popsaných případů celosvětově máme omezené informace o chování melanomů močové trubice. V terapii vycházíme pouze ze zkušeností s léčbou kožního melanomu. Proto je také více než nutná spolupráce urologa se zkušeným onkologem v rámci multidisciplinárního týmu.

## Splenóza v lůžku po RANE

MUDr. Jiří Herman, MUDr. Pavel Žemla, doc. MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.,  
MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP v Olomouci

**Úvod:** Při nefrektomii, stejně jako při jakékoliv jiné nitrobřišní operaci, může dojít k poranění sleziny. To si většinou vyžádá splenektomii, při které vzniká riziko diseminace slezinné tkáně do okolí. Tato autotransplantace sleziny, neboli splenóza, může v časovém odstupu imitovat nádorový proces.

**Kazuistika:** 61letý muž odeslán na naši kliniku ošetřujícím urologem v září roku 2016 pro CT nález objemného tumoru charakteru RCC na horním pólu levé ledviny, dislokující kaudu pankreatu. Doplněna stagingová vyšetření, ta



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

bez průkazu šíření primárního nádoru. Radikální nefrektomie byla pro těsný vztah tumoru ke kaudě pankreatu rozšířena o její resekci a pro peroperační lézi sleziny i o splenektomii. Následná dispenzární vyšetření byla bez suspekce na recidivu onemocnění, až do roku 2022, kdy CT prokazuje v lůžku levé ledviny v blízkosti bránice dvě drobné sytící se nodulace. V lednu roku 2023 dochází k progresi velikosti uzlů o 2 mm, největší velikosti 9 mm. Indikována operační revize, při které obě ložiska odstraněna. Definitivní histologické vyšetření prokazuje pouze tkáň sleziny, bez přítomnosti struktur maligního tumoru.

**Závěr:** Splenózou rozumíme autotransplantaci slezinné tkáně. Typicky bývá v dutině peritoneální, ovšem je popsán i výskyt intrahepatální a nitrohruďní. K manifestaci může dojít i po mnoha letech. Heterotopickou tkáň sleziny lze prokázat scintigrafií, ale vzhledem k progresi velikosti a zavzetí i bránice, byl v tomto případě zvolen chirurgický postup.

## Objemná cysta urachu jako příčina močové retence u muže a její léčba

MUDr. David Honzárek, MUDr. Tomáš Málek

Urologické oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod

**Úvod:** Mezi nejčastější příčiny močové retence u muže patří onemocnění prostaty, striktura uretry, močové infekce, karcinom močového měchýře, cystoli-

tiáza, pooperační stavy či neurogení močový měchýř. Méně častou příčinou může být i cysta urachu.

**Kazuistika:** 68letý pacient přichází do urologické ambulance pro zástavu močení. Při fyzikálním vyšetření hmatáme rezistenci v oblasti celého hypogastria, která sahá k pupku. Provádíme sonografické a CT vyšetření, kde popsána ohraničená, cystoidní formace v malé pánvi, jež vychází z močového měchýře. Vzhledem k bilaterální hydronefróze a elevaci renálních parametrů se rozhodujeme pro derivaci moči perkutánní nefrostomií. Před operací doplňujeme cystoskopii, při které kromě trabekulizované a hyperemické sliznice jinou patologii neshledáváme. Přistupujeme k otevřené operační revizi, obnažujeme celý tumor a provádíme jeho amputaci spolu s přední a levou bočí stěnou měchýře. Do trigona měchýře neoimplantujeme levý ureter, který přerušen pro větší mobilitu tumoru a spolu se zbytkem pravé boční a zadní stěny sešíváme struktury ve dvou vrstvách. Po stentáži obou ureterů extrahujeme nefrotomii a inzerujeme uretrální katétr. Kontrolní cystografické vyšetření s odstupem měsíce neprokazuje extravazaci, a tak ureterální stenty a katétr odstraňujeme. Během následných kontrol se pacient postupně klinicky zlepšuje a zvyšuje se kapacita jeho močového měchýře. Dle patologického reportu se jedná o objemný nezhoubný tumor s tekutinou ve vazivu mezi močovým měchýřem a pupkem.

**Závěr:** Smyslem této kazuistiky je pomýšlet i na méně časté diagnózy, které mohou být příčinou močové retence. Po pečlivém perioperačním zhodnocení CT bez absence metastáz či lymfadenopatie spolu s předoperační cystoskopií



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

Ize zdánlivě inoperabilní tumor měchýře zrekonstruovat s uspokojivým výsledkem pro pacienta se zachováním funkce měchýře.

## Hemoragický šok způsobený krvácením angiomyolipomu

MUDr. Nicola Hromčíková

Urologická klinika FN Olomouc

**Úvod:** Angiomyolipomy jsou nejčastějším typem benigních mezenchymálních nádorů ledvin. Incidence podle sonografických a autoptických vyšetření je 0,13, resp. 0,3 %. Postiženy jsou častěji ženy, nejčastěji ve věku 40–60 let. Angiomyolipomy jsou velmi dobře diagnostikovatelné pomocí ultrasonografického vyšetření, kde jsou jasně hyperechogenní. Často jsou diagnostikovány pouze jako náhodný nález, zároveň jsou však angiomyolipomy nejčastějším novotvarem asociovaným se spontánním perirenálním krvácením.

**Popis kazuistiky:** Prezentován bude případ pacientky do roku 2016 pravidelně sledované v urologické ambulanci pro angiomyolipomy ledvin. V roce 2016 bylo provedeno kontrolní CT vyšetření s nálezem několika angiomyolipomů oboustranně, největší vpravo velikosti 52 × 41 × 40 mm. Pro výsledek CT ani na další kontroly pacientka již nedorazila. V roce 2023 tato pacientka kolabuje v obchodním centru, na místě je při vědomí, hypotenzní s cyanózou rtů. Vyšetřena na spádové akutní interní ambulanci, kde palpován tumor břicha. Provedeno akutní CT břicha s nálezem objemného tumoru pravé ledviny velikosti 200 × 150 × 100 mm, který ve středu výrazně prokrváčený. U pacientky

následuje další zhoršení stavu s výraznou hypotenzí, nutností podpory NOAD. Pacientka přeložena na naše pracoviště, zajištěny invazivní vstupy, hrazeny krevní ztráty a následně indikována selektivní embolizace patologické vaskularizace v povodí větve a. renalis l. dx., kde patrné aktivní krvácení. Následně přeložena na standardní oddělení, nicméně dochází k další anemizaci s nutností podání krevních derivátů, proto indikována nefrektomie vpravo. Následně již dochází ke stabilizaci stavu pacientky, histologicky potvrzen angiomyolipom.

**Závěr:** Přestože angiomyolipom je benigním nádorem ledviny, může být příčinou životohrožujícího stavu. Důležité je pravidelné sledování, při progresi velikosti je třeba zvážit jeho odstranění.

## Chobot v ureteru – od koliky k nádoru

MUDr. Lukáš Kamenišťák, MUDr. Patrik Stegmann, MUDr. Leo Pšenčík

Urologické oddělení – Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, a. s.

Zobrazovací metody v urologii jsou dnes již nedílnou součástí vyšetřovacího procesu. Ne vždy však dokážou spolehlivě objasnit příčinu obtíží. Přesnou diagnózu s případnou léčbou stanoví až urolog peroperačně. Tak je tomu i u této kazuistiky, kde fibroepiteliální polyp ureteru způsobil mnohé diagnostické rozpaky.

Pacientka, 69 let, odeslána ambulantním urologem k došetření horních cest močových pro defekt v náplni ureteru l. dx. pod PUJ dle CT IVU (indikováno k došetření makrohématurie po negativní CSK). V minulosti pacientka opako-



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

vaně ambulantně ošetřena pro renální koliku I. dx., střídavě včetně i bez nálezu dilatace KPS, avšak i dle nízkodávkového CT jen s nálezem nefrolitiázy I. dx. bez nálezu ureterolitiázy. Renální kolika po MET vždy vymizela. Na našem oddělení proveden dg. flexiURS I. dx., kde již na rozhraní pánevního a bederního ureteru popsán „chobotovitý útvar délky asi 3 cm“ (nebyl popsán jako defekt v náplni na CT IVU), ten zachycen do dormia kličky a snesen laserem. Dále v průběhu močovodu bez překážky, v oblasti PUJ cirkulární stenóza, která však klinicky nevýznamná. Následný cytologický odběr moči bez průkazu maligních buněk. Samotný polyp chobotovitého tvaru odeslán na histologii a vyhodnocen jako benigní fibroepiteliální polyp. První pooperační kontrola bez obtíží, bez dilatace KPS, dále pacientka odeslána zpět do ambulantního sektoru.

Atypická diagnóza může často hlavně u nás, rezidentů, způsobit diagnostické rozpaky. Je však vhodné i na takové diagnózy myslet a v případě recidiv urologických obtíží přistoupit k podrobnějšímu došetření. „Choboty“ nás v urologii můžou totiž čekat i na místech, kde je nečekáme.

## Karcinom penisu u mladého muže

MUDr. Dominik Prachař

Urologické oddělení – Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, a. s.

**Úvod:** Karcinom penisu představuje 1 % zhoubných nádorů u mužů s incidencí 1,3/100 000 mužů, kdy nejvyšší výskyt je mezi 60 a 80 lety věku. Jedná se o agresivní chorobu s vysokou letalitou. Mezi rizikové faktory patří HPV infekce,

lichen sclerosus, kouření, fimóza a nízký socio-ekonomický status. Představena je kazuistika mladého 28letého muže s karcinomem penisu.

**Kazuistika:** 28letý muž přijat v březnu 2023 plánovaně k cirkumcizi pro fimózu, pod předkožkou hmatný tuhý útvar v oblasti frenula, předkožka je nepřetažitelná dle pacienta asi 3 měsíce. Při cirkumcizi nalezeny rozpadající se hmoty, které infiltrují předkožku v oblasti frenula, žalud intaktní. Tělo penisu palpačně bez suspektní infiltrace. Dokončena cirkumcize a excize ložiska, ze kterého histologicky potvrzen spinocelulární karcinom penisu v terénu lichen sclerosus, tříselné lymfatické uzliny nehmavné oboustranně. Staging po cirkumcizi s výsledkem pT1a, G2 a dle tehdejších doporučených postupů EAU indikována videoendoskopická modifikovaná inguinální lymfadenektomie oboustranně. Samotná operace byla bez komplikací, na každou stranu zaveden jeden drén. Histologicky bez nálezu metastáz v uzlinách. Převazy a výměna drénů po dobu 3 týdnů, poté drény odstraněny. Za další 1 týden pacient s komplikací flegmony ventrálně na stehnu vpravo, tato řešena antibiotickou terapií a incizí s vypuštěním zkaleného obsahu se zavedením nového drénu. Tento po měsíci odstraněn a dále již pacient bez obtíží. Pacient poté dispenzarizován, v březnu 2024 bez známek recidivy onemocnění.

**Diskuze:** Karcinom penisu patří mezi agresivní typ malignity, nevyhýbá se bohužel ani mužům v mladém věku. Léčba tohoto onemocnění je značnou psychickou zátěží pro pacienta a jeho rodinu. Diagnostika se opírá v prvním kroku o histologickou verifikaci a palpační vyšetření tříselných uzlin. S pacientem je nutno probrat varianty léčby, možné komplikace, podobu mikce a dopad na pohlavní život a dle toho řešit lokální nález na penisu a tříselných lymfatických



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

uzlinách, a to v jedné či dvou dobách. Dle výsledků může být indikována pánevní lymfadenektomie s neoadjuvantní či adjuvantní chemoterapií. Pacienty je nutno důsledně dispenzarizovat.

### Raritní případ ureteroinguinální herniace

MUDr. Václav Řepa<sup>1</sup>, MUDr. Martin Kučera<sup>1</sup>, MUDr. Václav Mičulek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urologické oddělení – Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s.

<sup>2</sup>Chirurgické oddělení – Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s.

Výskyt močovodu v operačním poli inguinální hernie je velmi vzácným nálezem. Dodnes bylo popsáno méně než 200 případů, kdy převážná většina ureteroinguinálních hernií byla popsána perioperačně. Frekvence výskytu se odhaduje na 0,5–4 % všech inguinálních hernií. Rizikovými faktory vzniku jsou mužské pohlaví, obezita, anamnéza transplantace ledviny, pravostranná inguinální hernie, věk nad 50 let. Ve většině případů je klinický obraz chudý. Mezi symptomy mohou patřit urgencye, frekvence, lumbalgie, recidivující pyelonefritida či urosepse.

69letý pacient s obezitou II. stupně (BMI 35), divertikulární nemocí colon sigmoideum, esenciální hypertenzí, DM 2. typu odeslán koncem února 2024 z chirurgické ambulance pro suspektní renální koliku vpravo k došetření cestou akutní urologické ambulance. Na USG patrná dilatace KPS III. st. vpravo, laboratorně CRP 20, Kreatinin 110, mírná elevace N-látek, v moči negativní nález. Doplněno CT LD vyšetření břicha s popisem dilatace KPS III. st. vpravo,

subrenální dilatace pravého ureteru na 25 mm, který se distálně kónicky zužuje a vstupuje do tříselného kanálu, pokračuje do skrota, vytváří smyčku a vstupuje zpět tříselným kanálem do dutiny břišní a močového měchýře. Po konzultaci s chirurgem pacient elektivně objednan k revizi tříselné hernie vpravo za přítomnosti urologa. Dne 12. 2. 2024 perioperačně zaveden PMK Ch 18 a v ATB cloně Amoksiklav 1 g provedena operační revize tříselného kanálu, kde nález rozsáhlého retroperitoneálního lipomu vtaženého do scrota. Během operace vypreparován ureter, resekován zmíněný lipom. Pokračováno resekcí dystopické části močovodu, zavedením ureterálního stentu Ch 6/28 a suturou obou pahýlů močovodu. Ureter navrácen do břišní dutiny, do scrota zaveden Redonův drén, výkon ukončen plastikou zadní stěny tříselného kanálu a suturou jednotlivých vrstev. Krevní ztráta do 50 ml. Výkon a pooperační období bez komplikací. 1. pooperační den doplněn nativní nefrogram s nálezem kraniální smyčky DPT v úrovni obratlového těla L3, kaudální smyčky DPT v malé pánvi. USG vyšetření 7. pooperační den s nálezem dilatace KPS I. st vpravo, PMK ex 7. pooperační den. Pro nekomplikovaný pooperační průběh na chirurgickém oddělení pacient propuštěn 20. 2. 2024 do domácí péče. Kontrolní USG vyšetření 1 měsíc od operace s nálezem dilatace KPS I. st při zavedeném DPT. Pacient udává, že je zcela bez obtíží, bez teplot či zimnic, bez mikčních příznaků. Výhledově je v plánu extrakce DPT v prvním dubnovém týdnu.

I přes raritní výskyt ureteroinguinální herniace je na možnost přítomnosti močovodu v operačním poli dobré pamatovat. Zejména pak při přidružené symptomatice močových příznaků spolu s rizikovými faktory by mělo proběhnout základní došetření s případným vyloučením herniace ureteru.



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

## Primární teratom varlete s cystickými metastázemi v retroperitoneu

MUDr. Martin Šabík, doc. MUDr. Michal Staník, Ph.D.

Klinika operační onkologie, Oddělení urologické onkologie, Masarykův onkologický ústav a LF MU Brno

**Úvod:** Čisté teratomy jsou zřídka vými testikulárními nádory (2–6 %), které jsou v pokročilých stadiích léčeny chemoterapií. Cílem naší kazuistiky je prezentace ojedinělého případu primárního teratomu s cystickými metastázemi v retroperitoneu, který byl léčen retroperitoneální lymfadenektomií (RPLND) místo obvyklé chemoterapie, jež ohrožuje pacienta potenciální pozdní morbiditou.

**Kazuistika:** 29letý pacient s viditelnou rezistencí 15 cm pravého mesogastria, s hmatným nádorem pravého varlete velikosti 4 cm byl indikován k provedení radikální pravostranné orchiektomie, histopatologicky se prokázal teratom pT1b. Po doplnění CT břicha byla potvrzena multilokulární cystická formace v retroperitoneu deviuující okolní struktury, pacient měl negativní sérové tumor markery (STM). Mezioborovou komisí nebyla pacientovi doporučena chemoterapie, ale primární RPLND. Peroperačně byla popsána progresse hlavní masy nádoru do velikosti až 20 cm. Při exstirpaci nádoru byla provedena současně en bloc nefrektomie vpravo a částečná resekce stěny dolní duté žíly. Při histologickém vyšetření byl popsán teratom pT1b pN3 cM0, z 34 odstraněných uzlin byly 4 metastaticky změněny. U pacienta nebyla indikována adjuvantní léčba a nyní je 2 roky po operaci v remisi.

**Závěr:** Prostřednictvím kazuistiky chceme poukázat na roli chirurgie jako primární léčebné modality u specifické skupiny pacientů s metastatickým čistým teratomem, kteří mají negativní STM a cystické metastázy v retroperitoneu. Pacienti se tak mohou vyhnout komplikacím spojeným s chemoterapií.

*Podpořeno MZ ČR – RVO (MOÚ, 00209805).*

## Inoperabilní tumor ledvinové pánvičky

MUDr. Michaela Šafářová<sup>1</sup>, MUDr. František Hruška<sup>1</sup>,  
doc. MUDr. Hana Študentová, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urologická klinika FN Olomouc

<sup>2</sup>Onkologická klinika FN Olomouc

**Úvod:** Tumory horních moč. cest představují jen 5 % všech urologických malignit. Dle EAU Guidelines (2024) je první metodou volby řešení high risk tumorů ledvinové pánvičky radikální nefroureterektomie. U pacientů s metastázami v lymfatických uzlinách, při znalosti histologie nádoru, je možné doporučit pacientovi nejprve downstagingovou, neoadjuvantní chemoterapii před samotnou operací. Další adjuvantní chemoterapie po proběhlé operaci je indikována u high risk tumorů (ypT2, jakýkoliv pN+), ale je nutné každého pacienta posuzovat individuálně, ideálně na základě rozhodnutí multioborového onkologického týmu.

**Popis kazuistiky:** 70letá vitální pacientka, bez interních komorbidit, pracující v zemědělství, s pozitivní onkologickou rodinnou anamnézou. Nově vy-



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

šetřována pro nechtěný váhový úbytek, jinak bez dalších klinických obtíží. Na CT břicha provedeném 6/2023 ve spádu popisován rozsáhlý tumor levé ledviny spotřebující téměř celou ledvinu, v sousedství hilu paraaortálně paket uzlin. Pacientka konzultována s Urol. klinikou FN Olomouc, 6/23 doplněna biopsie ledviny, histologicky se jednalo o nízcce diferencovaný uroteliální karcinom s malými okrsky pseudoglandulární diferenciace, který nejspíše progreduje z pánvičky. Doplněn staging, který bez průkazu distálních metastáz, a indikována paliativní chemoterapie, která podávána od června do srpna 2023. Následně v září 2023 provedeno kontrolní CT břicha, kde prokázána regrese ložiska levé ledviny a lymfadenopatie. Pacientka indikována k udržovací chemoterapii, která podávána od září do listopadu 2023. V 11/2023 doplněno PET/CT, kde prokázán hypermetabolismus glukózy v tumoru levé ledviny, svědčící pro přítomnost viabilní nádorové tkáně, t. č. bez známek generalizace onemocnění. Pacientka předvedena na multioborovém onkologickém sezení a indikována k roboticky asistované radikální nefroureterektomii s lymfadenektomií. Operace proběhla 12/2023, histologicky popsán karcinom uroteliální high grade, ypT1a ypN0. Dle peroperačního nálezu však paraaortální lymfatika nešla všechna odstranit, proto pacientka indikována k adjuvantní imunoterapii, která probíhá doposud.

**Závěr:** Volba terapie nádorů horních močových cest by měla být na základě multioborového onkologického zhodnocení pacienta. Neoadjuvantní chemoterapie těchto tumorů může ve správně indikovaných případech přeměnit inoperabilní tumor na operabilní. Následné odstranění nádorové tkáně a doplňková adjuvantní terapie může prodloužit přežití pacienta.

## Roboticky asistovaná resekce tumoru ledviny komplikovaná nově diagnostikovanou amyloidózou

MUDr. Minh Nguyet Tranová

Urologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

**Úvod:** Amyloidóza je systémové nebo orgánové hematologické onemocnění patřící do skupiny monoklonálních gamapatií. Pro onemocnění je typické extracelulární ukládání amyloidových depozit do tkání. U primární amyloidózy dochází k ukládání nerozpustných fibril z lehkých řetězců imunoglobulinu, které jsou produkovány klonální plazmocelulární populací. Nejčastěji jsou postiženy ledviny, srdce, játra a periferní nervový systém. Depozita uložená ve tkáních následně vedou k poruše funkce daných orgánů. Počáteční klinické příznaky jsou často nespecifické – únava, edémy, úbytek na váze. V rámci urologie se raritně můžeme setkat s primární amyloidózou ledvin, ureteru či močového měchýře.

**Popis případu:** Uvádíme kazustiku 57letého, dosud s ničím se neléčícího pacienta, kterému byla plánovaně provedena roboticky asistovaná resekce tumoru ledviny. Výkon proběhl bez komplikací, pooperačně (1. pooperační den) se jeho stav komplikoval makrohematurií a poklesem hemoglobinu, CT prokázalo aktivní krvácení do dutiny břišní. Po vazografické obliteraci periferních větví pravé renální tepny a zavedení břišního drénu se stav pacienta zlepšuje. Od 4. pooperačního dne se však objevuje ikterus, v laboratoři elevace bilirubinu a jaterních enzymů. Na UZ ani na CT nebyl patologický nález na játrech ani žlučových cestách. Opakovaně byl konzultován gastroenterolog, který uzavírá



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

elevovaný bilirubin jako stav při resorpci hematomu. Pacientův stav se nadále zhoršoval, pro nález tekutiny v dutině břišní dle CT byla indikována otevřená revize s evakuací hematomu a nutností akutní nefrektomie, pooperačně pro anémii opakovaně podány krevní převody a následně byl pacient přeložen na JIP. Z histopatologických výsledků následně vychází ccRCC pT1a NX MX, grade 1 a akumulace amyloidu v ledvinách. Byla doplněna biopsie jater a trepanobiopsie, která potvrzuje primární amyloidózu s pozitivitou lehkých řetězců. Pacient je poté přeložen na hematologii k agresivní terapii amyloidózy.

**Závěr:** Přestože je primární amyloidóza relativně vzácné onemocnění, nemělo by se toto onemocnění opomínat, neboť může postihovat i ledviny. Na této kazuistice poukazujeme na závažnost tohoto onemocnění a dopady na urologického pacienta. Histologický průkaz amyloidu je nutný pro určení diagnózy.

### Raritní nález u transplantované ledviny

MUDr. Natalia Wiesner<sup>1</sup>, doc. MUDr. Igor Hartmann Ph.D.<sup>1</sup>,  
doc. Aleš Vidlář, Ph.D.<sup>1</sup>, prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

**Úvod:** Transplantace ledviny je aktuálně nejúspěšnější metodou léčby chronického selhání ledvin. V ideálním případě by měl pacient podstoupit tuto operaci před zahájením hemodialýzy či peritoneální dialýzy. Zdrojem transplantovaných

ledvin může být živý dárce nebo zemřelý – kadaver. Po výkonu musí pacienti dlouhodobě užívat imunosupresiva. Mezi nežádoucí účinky této terapie patří riziko vzniku nádorového onemocnění.

**Kazuistika:** 61letá žena, po dvou transplantacích ledviny pro chronické renální selhání. První prodělala v IKEM v r. 1988 s nutností časně graftektomie pro hyperakutní rejekci. Druhá byla provedena v r. 1991 ve FN Olomouc, s dobrou funkcí štěpu. Od té doby pacientka dispenzarizována na nefrologii (dlouhodobě kreat 140, urea 7, eGFR 0,63). Až v r. 2023 dochází postupně ke zhoršení renálních parametrů. V 12/2023 proveden UZ transplantované ledviny, kde zjištěna kulovitá expanze dolního pólu. Doplněno CT ledvin s KL s nálezem suspektního ložiska s postkontrastním syćením.

V 2/2024 provedena biopsie z útvaru pod UZ kontrolou. Histologicky potvrzen papilární karcinom. Po předvedení na uro-onkologickém boardu byla pacientka indikována k otevřené parciální resekci nádoru. V rámci interního předoperačního vyšetření zjištěna ektázie ascendentní aorty 46 mm a klinicky asymptomatická aktivní forma virové hepatitidy C.

V 4/2024 z pararektálního řezu vpravo provedena revize transplantované ledviny, která uvolněna ze 3/4, sonograficky identifikován tumor, provedena resekce dolního pólu do makroskopické zdravé tkáně bez dočasného clampingu renální arterie. Spodina resekční plochy přešita monokryl stehy, okraj ošetřen matracovými safil stehy a následně zkoagulován argon koagulací. Na závěr operace pomocí Doppler sonografie zkontrolováno hojné prokrvení ledviny. Materiál odeslán k histologickému vyšetření, které potvrdilo papilární renální karcinom.



Úterý / 21. května 2024 / 9.00–11.30 hod.

Pooperační průběh byl bez komplikací. Pacientka propuštěna 4. pooperační den, s kreatininem 173, urea 7,2, eGFR 0,45 a hojnou diurézou.

**Závěr:** Papilární renální karcinom tvoří 10 % všech renálních karcinomů. Může vzniknout u pacientů s chronickou dysfunkcí ledvin, stejně tak u transplantované ledviny. Na rozdíl od naší kazuistiky u transplantovaných pacientů postihuje primárně vlastní ledviny v 0,5 %, a raritně transplantovanou ledvinu (0,2 %), což potvrdila jediná dosud provedená studie v roce 2014, podle které u 79 z 41 800 pacientů po transplantaci ledviny vznikl renální karcinom allograftu – 40 % světlobuněčný a 56 % papilární karcinom.

U naší pacientky místo graftektomie jsme vzhledem k dlouhodobé dobré funkci štěpu volili zachovný výkon, aby se předešlo opětovné dialýze pacientky.

## Solitární fibrózní tumor pánve – tři případy zřídka sarkomu

MUDr. Barbora Zetková, doc. MUDr. Michal Staník, Ph.D.

Klinika operační onkologie, Oddělení urologické onkologie,  
Masarykův onkologický ústav, Brno a LF MU Brno

Solitární fibrózní tumor (SFT) představuje vzácnou entitu mezi mezenchymálními nádory, tvořící celkově méně než 2 % měkkotkáňových nádorů. Vyznačuje se širokým spektrem klinických prezentací a variabilní prognózou dle histologického fenotypu. Riziko metastazování u těchto vysoce vaskularizovaných tumorů se pohybuje okolo 35–45 %. Výskyt je ubikvitní, přičemž nejčastěji

jsou SFT lokalizovány v pleurální oblasti, retroperitoneu a na končetinách. Klinické projevy SFT se liší v závislosti na velikosti a lokalizaci, nejčastěji se jedná o příznaky z komprese okolních struktur. V méně než 10 % případů se setkáváme s paraneoplastickými syndromy. Diagnostický proces zahrnuje kombinaci zobrazovacích metod (UZ, CT, MR), histopatologické hodnocení a imunohistochemickou analýzu s průkazem STAT6 z biopsie či resekátu. Léčebný postup se odvíjí od stadia onemocnění, přičemž R0 chirurgická resekce představuje zlatý standard pro lokalizované, případně oligometastatické formy. U pánevních SFT se lze pokusit o orgán-zachovný postup, pokud přilehlé orgány neadherují, či nejsou tumorem invadovány. V případě pokročilého nebo metastatického SFT se uplatňují strategie systémové terapie, včetně chemoterapie, radioterapie a nově i antiangiogenní léčby. Přehled prezentuje tři kazuistiky pacientů s pánevní lokalizací SFT, kde rozsah onemocnění neumožňoval orgán zachovný postup a byla nutná přední pánevní exenterace s derivací moči. Všichni tři pacienti jsou v remisi při mediánu sledování 9 měsíců.

*Podpořeno MZ ČR – RVO (MOÚ, 00209805).*

## Nešťastný experiment s montážní pěnou v ebrietě

MUDr. Michaela Železníková

Urologické oddělení Nemocnice Kyjov

Cizí tělesa v močových cestách nejsou v urologické praxi raritou. S různými, často značně kuriózními případy se můžeme setkat téměř na všech urologic-



Úterý / 21. května 2024 / 12.00–13.20 hod.

kých pracovištích. Nejvíce exponovanými místy jsou močová trubice a močový měchýř. Většinou se jedná o zavedení úmyslné, které může být spojeno s ipsačními praktikami, formou sebepoškozování, samoléčbou erektilních dysfunkcí, či experimentováním pod vlivem návykových látek. Hlavními klinickými příznaky cizích těles v močovém ústrojí jsou hematurie, uroinfekt, dysurické potíže nebo močová retence. U pacientů z dlouhodobého hlediska hrozí vznik striktur, dekubitů, píštělí, či poruchy erekce. Zasažený orgán může být i nevratně poškozen. Základním terapeutickým řešením je časná extrakce cizího tělesa, přičemž preferujeme zákroky miniinvazivní. V některých případech je ovšem potřeba k bezpečnému odstranění sáhnout po otevřené operativě.

Naše kazuistika popisuje 57letého muže, který přichází na naše pracoviště s třídní močovou retencí. Při zjišťování okolností vzniku pacient udává, že si v ebrietě do močové trubice aplikoval montážní pěnu. Vstupně provedena akutní derivace močových cest formou punkční epicystostomie. Dle zobrazovacích metod byla pěnou postižena prakticky celá uretra, proto přistoupeno k otevřené revizi močových cest. Provedena podélná uretrotomie nad penoscrotálním ohbím a následně odstranění celé patologické výplně z uretry. Reziduální formovaná montážní pěna v močovém měchýři postupně zmenšena a rozrušena na menší části endoskopickou bipolární vaporizací, která se nám ze všech vyzkoušených modalit osvědčila nejvíce. Fragmenty tubusu extrahovány trojzubcem. Po výkonu již pacient močí volně bez postmikčního rezidua. Kontrolní uretrocystoskopie s odstupem bez známek reziduálního tělesa a většího postižení uretry a močového měchýře.

## Blok III – Varia

Předsedající: doc. MUDr. Hana Študentová, Ph.D.,  
prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.,  
MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Úterý / 21. května 2024 / 12.00–13.20 hod.

### Dlouhodobé výsledky nefrektomie s odstraněním nádorového trombu dolní duté žíly a pravé síně

prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Pavel Navrátil, FEBU<sup>1</sup>,  
MUDr. Jiří Špaček, FEBU<sup>1</sup>, MUDr. Miroslav Louda, Ph.D.<sup>1</sup>,  
prof. MUDr. Pavel Žáček, Ph.D.<sup>2</sup>, doc. MUDr. Petr Habal, Ph.D.<sup>2</sup>,  
doc. MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Kardiochirurgická klinika FN a LF UK Hradec Králové

**Úvod:** Renální buněčný karcinom (RCC) je převládající malignita ledvin známá pro svou agresivní povahu a potenciál rozšířit se do renální žíly nebo dolní duté žíly (IVC), což ovlivňuje prognózu pacienta a léčebné strategie.

**Cíl:** Zhodnotit dlouhodobé výsledky a účinnost radikální nefrektomie s IVC trombektomií u pacientů s RCC s trombem IVC úrovně I-IV.

**Metoda:** Retrospektivní analýza byla provedena u 164 dospělých pacientů léčených pro RCC s IVC trombektomií v centru terciární péče od ledna 2004 do



prosinec 2023. Pečlivě byla přezkoumána data zahrnující demografické údaje, klinické charakteristiky, nádorová specifika, chirurgické detaily, komplikace a míru přežití.

**Výsledky:** Mezi pacienty byl průměrný věk 63,7 let, převážně muži (69,5 %). Histologický profil ukázal většinu světlobuněčného karcinomu (95,7 %), přičemž většina nádorů byla lokalizována na pravé straně (71,3 %). Hladiny trombu byly distribuovány napříč I-IV, přičemž 41 (25 %) pacientů vykazovalo tromby úrovně I, 33 (20,1 %) pacientů úrovně II, 55 (33,5 %) úrovně III a 35 (21,4 %) pacientů úrovně IV. Průměrná doba operace a krevní ztráty se zvyšovaly s hladinou trombu. Peroperační komplikace byly zaznamenány u 57,3 % pacientů a více

než polovina pacientů zaznamenala recidivu onemocnění (54,9 %). Celková pětiletá míra přežití činila 42,1 %, s výrazně lepším přežitím u pacientů s tromby I. úrovně.

**Závěr:** Radikální nefrektomie s IVC trombektomií poskytuje potenciál pro dlouhodobou kontrolu u pacientů s RCC a IVC trombem, i když je spojena s významnou morbiditou. Multidisciplinární péče a odborná chirurgická intervence jsou klíčové pro zlepšení výsledků pacientů. Variabilita v míře přežití napříč hladinami trombu podtrhuje potřebu individualizovaných léčebných přístupů.

## Nekomentovaná posterová sekce

Postery budou ke zhlédnutí po celou dobu konání odborného programu.

### Endovaskulární superselektivní embolizace v terapii vysokoprůtokového priapismu posttraumatické etiologie

MUDr. Anh Quynh Demjanenko, MUDr. Jan Porod,  
MUDr. Samuel Heller, Ph.D., MUDr. Pavel Hanek, MUDr. Klára Havlová

Urologické oddělení Nemocnice Příbram, a. s.

Angiocentrum Příbram Angio, a. s.

Priapismus je stav, kterým označujeme prolongovanou erekci trvající i přes absenci sexuální stimulace. Jedná se o relativně vzácný patofyziologický stav

s průměrnou incidencí 1,5/100 000 obyvatel ve vyspělých zemích. V závislosti na přítomnosti ischemie rozlišujeme priapismus nízkoprůtokový (tzv. venookluzivní, ischemický, low-flow) a priapismus arteriální (tzv. vysokoprůtokový, non-ischemický, high-flow).

Autoři v posteru prezentují kazuistiku pacienta s posttraumaticky vzniklým vysokoprůtokovým (arteriálním) priapismem a následný terapeutický postup spočívající v endovaskulární superselektivní embolizaci oboustranného pseudoaneurysmatu, která vedla k zachování funkční erekce v rekonvalescenčním období v téměř plném rozsahu. Arteriální priapismus je mimořádně vzácný, vel-



ká evropská pracoviště popisují výskyt okolo jednoho případu ročně. Rozlišení typu priapismu je klíčové pro správnou volbu terapie. Miniinvazivní metody obnášejí nízké riziko komplikací a vysoké procento terapeutického úspěchu, zvláště pokud je intervenčním radiologem volena superselektivní embolizace co nejdálšího úseku.

### Splenogonadální fúze u dítěte – kazuistika

MUDr. Peter Kuliaček, FEBPS<sup>1,2</sup>, MUDr. Ivo Novák, Ph.D.<sup>1</sup>,

MUDr. Lukáš Krbal, Ph.D.<sup>4</sup>, MUDr. Jan Kopřiva<sup>3</sup>, MUDr. Zuzana Svobodová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

<sup>2</sup>Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

<sup>3</sup>Radiologická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

<sup>4</sup>Fingerlandův ústav patologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

**Úvod:** Splenogonadální fúze (SGF) je vzácná vrozená vývojová vada. Vyznačuje se vrozeným spojením mezi slezinou a gonádou nebo deriváty mezonefros. Bylo publikováno cca 220 případů. SGF má formu kontinuální (spojitou), která je spojena s dalšími vývojovými vadami, nebo formu diskontinuální (nespojitou/přerušovanou). 70 % se vyskytlo do 19 let věku.

**Kazuistika:** Chlapec ve věku 6 let byl odeslán na naše oddělení pro bolesti šourku včetně podezření na tumor levého varlete dle ultrazvukového (UZ) vyšetření ve spádové nemocnici. Při vyšetření v naší ambulanci bylo zjištěno

zarudnutí šourku a zvětšení levého varlete. Dle UZ vyšetření zjištěno nehomogenní hypoechogenní ložisko v levém varleti o průměru do 13 mm s výraznější vaskularizací, zbytněné nadvarle a kulovitá ložiska 5–8 mm mimo varle. Onkomarkery byly negativní. Pacient byl indikován k operaci. Přístupem z levého třísla byla provedena revize levého varlete. Obaly varlete byly vyplněny tekutinou, po otevření obalů byl zjištěn a odstraněn růženec lividní tkáně se 3 rozšířeními o průměru 3–8 mm po torzi. Byla provedena extirpace tmavé tumorózní tkáně z varlete. Rychlá biopsie prokázala benigní tkáň – slezinu. Následně byla provedena sutura obalů varlete dle Jaboulaye, repozice varlete a rekonstrukce třísla. Histologické vyšetření potvrdilo slezinnou tkáň z varlete i růžence.

**Závěr:** SGF je většinou náhodně zjištěna během operace kryptorchismu nebo tříselné kýly. Dále se toto onemocnění diagnostikuje při vyšetřování zvětšených varlat, otoku šourku nebo zánětu nadvarlete. Výjimečně se SGF projeví také akutní bolestí šourku. SGF je zaměnitelná za maligní testikulární tumor či adenomatoidní tumor epididymis. Postihuje muže častěji než ženy v poměru 15 : 1. Téměř vždy je postižena levostranná gonáda (98 %). Kontinuální typ bývá častější (55 %), v polovině případů je spojen s končetinovými, kraniofaciálními a dalšími vadami.

Předoperační diagnostika SGF je velice obtížná. Nicméně kombinace zobrazovacích metod a negativních testů na onkomarkery může pomoci při stanovení správné diagnózy, zvláště když se pamatuje na toto onemocnění. Někdy je nápomocná laparoskopie. Nesprávná diagnóza může vést ke zbytečné orchiektomii ve 24–64 % případů.



## Raritní nález metastázy karcinomu prsu v močovém měchýři

MUDr. Silvia Klebanová

Urologické oddělení Úrazová nemocnice Brno

Karcinom prsu je nejčastěji diagnostikovaným nádorovým onemocněním u žen v České republice. Navzdory screeningovým programům a pokrokům v léčbě zůstává rakovina prsu hlavní příčinou úmrtí žen na nádorové onemocnění. Metastazování je u tohoto onemocnění časté, avšak metastázy do močového měchýře jsou velice vzácné.

55letá pacientka, anamnesticky 24 let po chemoterapii a radioterapii pro Hodgkinův lymfom s dosaženou remisí onemocnění a rovněž 3 roky po radikální mastektomii vpravo pro multifokální invazivní lobulární karcinom pT1c pN3a G2 s adjuvantní hormonální terapií a radioterapií, byla odeslána na naše pracoviště v dubnu 2022 pro bolesti zad, mikrohematurii a dysurie léčené antibiotickou terapií cestou praktického lékaře. Dle ultrazvuku byla popsána dilatace dutého systému pravé ledviny, doplněno nativní CT vyšetření, které vyloučilo ureterolitiazu. V rámci došetření bylo provedeno CT IVU s nálezem suspektní infiltrace pravého ureteru a FSL s výsledkem inkompletní obstrukce pravého ureteru. Následně byla provedena cystoskopie s resekci suspektní sliznice na zadní stě-

ně močového měchýře a taky ureterorenoskopie vpravo bez nálezů patologie. Histologické vyšetření překvapivě stanovilo diagnózu metastázy karcinomu mamárního origa. Pacientka byla předána zpět do péče onkologického pracoviště. V srpnu 2022 byla potvrzena progresse onemocnění do skeletu a uzlin v mediastinu a retroperitoneu a následně byla nasazena první linie paliativní hormonoterapie Faslodex + CKD4/6 inhibitor + denosumab, taky zavedeny stenty oboustranně. V srpnu 2023 bylo dosaženo stabilizace onemocnění.

Metastázy karcinomu prsu do močového měchýře jsou v urologické praxi raritou. Dosud bylo ve světové literatuře popsáno pouze 65 případů. Metastatické postižení močového měchýře je většinou součástí již rozsáhlého diseminovaného procesu s nepříznivou prognózou. Klinický obraz metastázy karcinomu prsu do močového měchýře může být různý, od asymptomatického až po hematurii, obstrukční uropatii a selhání ledvin. Nejčastějším příznakem je nebolestivá hematurie. Feldman et al. ve své studii uvádějí, že u 17 z 19 vyšetřovaných pacientek se vyskytovaly močové symptomy jako frekvence, nykturie, inkontinence, dysurie, mikroskopická hematurie a bolesti zad. Soon et al. docházejí k závěru, že močová inkontinence může být prvním příznakem rakoviny prsu a u pacientek s anamnézou karcinomu prsu a močovými symptomy je proto třeba usilovat o pečlivé posouzení možnosti metastázy do močového měchýře.





POŘADATELÉ DĚKUJÍ HLAVNÍMU PARTNEROVI  
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA





MEDIÁLNÍ  
PARTNER

Urologie  
pro praxi

POŘADATELÉ DĚKUJÍ PARTNERŮM  
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA

# 26. MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM

20.–21. 5. 2024 | Hotel Sepetná, Ostravice

Pořadatel: SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Urologickou klinikou FN Hradec Králové

## Vydavatelství a nakladatelství:

Solen, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc, IČ 25553933

**Redakce:** Mgr. Zdeňka Bartáková, bartakova@solen.cz

**Zajištění výstavních ploch a satelitních sympozií:** Mgr. Renata Babincová, babincova@solen.cz

**Grafická úprava a sazba:** Michal Bajnok, bajnok@solen.cz

**Distribuce:** SOLEN, s. r. o., 2024

Vydavatel nenes odpovědnost za údaje a názory autorů textů či inzerátů.

Reprodukce obsahu je povolena jen s přímým souhlasem redakce.

Nejnovější informace o našich publikacích naleznete v e-shopu na [www.solen.cz](http://www.solen.cz)

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a bude ohodnocena v rámci postgraduálního vzdělávání 9 kredity pro lékaře.

ISBN 978-80-7471-498-6





