
Pracovní konference
ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

Rožnov pod Radhoštěm
9.-11. října 1997

Pořádá

Česká urologická společnost
České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Pod patronací

ing. Josefa Nosálka, ředitele nemocnice ve Frýdku Místku
ing. Tomáše Tvarůžka, ředitele NsP v Novém Jičíně
doc. MUDr. et PhDr. Jany Mačákové, CSc., děkanky LF UP v Olomouci
doc. MUDr. Václava Rýznara, CSc., ředitele Fakultní nemocnice v Olomouci

Organizátoři

Urologické oddělení nemocnice Frýdek Místek
Urologické oddělení Nový Jičín
Urologická klinika FN Olomouc

Hlavní sponzor

Synthelabo Pharmaceutica

Prezident konference

prim. MUDr. Antonín Leder

Generální sekretář

doc. MUDr. Bohuslav Chwajol, CSc.

Odborný garant

doc. MUDr. František Zátura

Témata:

1. Varia
2. Onemocnění zevního genitálu
3. Videofilmy s tématy urologické diagnostiky a terapie, výukové filmy
4. Sekce zdravotnických sester v paralelním programu - volná témata

Soutěž:

Výbor ČUS ve spolupráci s hlavním sponzorem vypisuje soutěž o "Bakchovu cenu" v kategorii

nejlepší přednáška
nejlepší videofilm

hodnoceny budou práce autorů mladších 40 let.

Přehled programu:

Pátek 10. 10. 1997	Sekce I.	přednáška pořadatele
	Sekce II.	Varia
	Sekce III.	Uretra
	Sekce IV.	Penis
	Sekce V.	Videofórum
		Satelitní sympóziium Fournier
Sobota 11. 10. 1997	Sekce VI.	Nemoci varlete
	Sekce VII.	Varikokéla
	Sekce VIII.	Skrótum
	Sekce IX.	Zevní genitál
	Sekce X.	Balíček na cestu (Take it Home)
		Závěr vědecké části konference
		Plenární schůze urologů

Sekce zdravotních sester (volný přístup na akce lékařské části)

Pátek 10. 10. 1997 Paralelní program v hotelu Relax

Vědecký program:

Čtvrtek 9. 10. 1997

Satelitní multimediální sympozium

"Racionální diagnostika a terapie onemocnění prostaty"
moderátoři: doc. MUDr. B. Chwajol, CSc., doc. MUDr. F. Zátura

Pátek 10. 10. 1997

Slavnostní zahájení

Sekce I. - přednáška pořadatele

1. Urologie na severní Moravě
J. Leder, B. Chwajol, F. Zátura

Sekce II. - Varia

moderátoři: doc. MUDr. T. Hanuš, CSc., doc. MUDr. P. Morávek, CSc.

2. Odběry orgánů k transplantaci a jejich organizace
M. Grofová, P. Navrátil (Hradec Králové)
3. Improved detection of prostate cancer by PSA/TPSA Ratio
S. E. Froshmaier, M. Froehner, Ch. P. Pilarski, Ch. Helke, A. Manseck, and M. P. Wirth (Dražďany)
4. MESA, TESA, TESE + ICSI - výsledky za 1. rok
K. Kočí, M. Lachman, Z. Mayer, O. Tepla, J. Mika (Praha)
5. Technical aspect, indications and results of nerve sparing RPLND
L. Kischbenedek (Budapešť)
6. Transuretrální incize prostaty podle Yachii
L. Hejzlar, P. Dvořáček, J. Adamíková, J. Hiblbauer, (Hradec Králové)
7. Komplikace ureterorenoskopických výkonů za posledních 5 let na urologické klinice FNKV, Praha
J. Poch, M. Lukeš (Praha)
8. Komplikace perkutánních endoskopických výkonů na ledvině za posledních 5 let na urologické klinice FNKV, Praha
M. Lukeš, J. Poch (Praha)
9. Ileal bladder with afferent loop: 10 years experience.
Lorenz J., T. Niezgodá (Wroclaw)
10. Téma rezervováno
A. Borôvka (Varšava)

Sekce III. - Uretra

moderátoři: prof. MUDr. J. Dvořáček, DrSc., doc. MUDr. R. Kočvara, CSc.

11. Diagnostika a léčba striktury uretry
R. Fiala, M. Janík, F. Zátura (Olomouc)

12. Uretroplastika inlay - onlay v rekonstrukci hypospadie a striktury uretry.
R. Kočvara, J. Dvořáček, J. Kříž (Praha)
13. Naše skúsenosti s operáciou MAGPI
I. Minčík, L. Petričko (Prešov)
14. STD Chlamydie, ureaplazmata a mykoplazmata v urologické ambulanci praxi
Hanus M., Matoušková M. (Praha)
15. Nádory uretry v materiálu urologické kliniky
F. Zátura, K. Berta (Olomouc)
16. Řešení závažné posttraumatické striktury u jedenáctiletého chlapce
R. Vrtal, J. Vrána, A. Utíkalová, R. Fiala, F. Zátura (Olomouc)

Sekce IV. - Penis

moderátoři: doc. MUDr. M. Urban, CSc., doc. MUDr. I. Kawaciuk, CSc.

17. Replantace penisu
A. Nejedlý, M. Urban (Praha)
18. Karcinom penisu v sestavě urologické kliniky FN Hradec Králové 1986-1996
Veselský Zb., Morávek P., Prošvic P, (Hradec Králové)
19. Využití Nd:Yag laseru v léčbě povrchových lézí penisu
M. Babjuk, J. Novák, J. Dvořáček (Praha)
20. Korekce deviace penisu a její výsledky
P. Navrátil, M. Brodák (Hradec Králové)
21. Liečba angulácie penisu
J. Breza, P. Bujdák, M. Miklóši, J. Štefančík (Bratislava)
22. Prepuccium novorodenca
J. Svitač, J. Kliment, K. Javorka (Martin)
23. Cornu cutaneum penis - raritní prekarceróza
L. Zámečník, K. Novák (Praha)

Sekce V. - Videofórum

moderátoři: doc. MUDr. I. Kawaciuk, CSc., doc. MUDr. F. Zátura

24. Modifikace laparoskopické ligatury spermatické žíly
P. Wantulok (Třinec)
25. Léčba vezikoureterálního refluxu subslizniční instalací krve
I. Novák (Hradec Králové)
26. Pubofasciální slučka podle McGuireho a Lyttona
L. Valanský (Košice)
27. Racionální diagnostika striktury uretry
R. Fiala, F. Zátura, K. Belej (Olomouc)

Satelitní sympóziu Fournier

Význam ovlivňování růstových faktorů při léčbě symptomů spojených s růstem BHP

28. Růstové faktory a etiopatogeneze BHP
L. Šafařík (Praha)

29. Ovlivnění funkce močového měchýře růstovými faktory
M. Colombel, (Francie)
30. Tadenan v léčbě pacientů s BHP
J. Breza, O. Džurny, N. Mikloš (Bratislava)

Sobota 11. 10. 1997

Sekce VI. - Nemoci varlete

moderátoři: doc. MUDr. D. Pacík, CSc., doc. MUDr. J. Novák, CSc.

31. Testicular cancer: a general overview and new developments
L. Kischbenedek (Budapest)
32. Diagnostika tumoru varlete: srovnání CT a USG
R. Grill, A. Srp, M. Urban (Praha)
33. Využitie prognostických faktorov progresie ochorenia v liečbe pacientov s neseminomatóznym nádorom testis v I. klinickom štádiu
D. Ondruš, M. Horňák, V. Belan, J. Maťoška, J. Kaušitz (Bratislava)
34. Tumory varlete v dětském věku
I. Novák, H. Stefan, J. Baše, L. Janoušková (Hradec Králové)
35. Tumor z Leydigových buněk jako příčina pubertas praecox
A. Utíkalová, J. Zapletalová, K. Michálková (Olomouc)
36. Triorchismus: diagnostika a léčba
O. Šmakal, V. Študent, K. Michálková (Olomouc)
37. Torse varlete a appendixu varlete - diagnostické problémy
L. Janoušková, I. Novák, H. Stefan, E. Urbanová (Hradec Králové)

Sekce VII. - Varikokéla

moderátoři: doc. MUDr. D. Pacík, CSc., doc. MUDr. J. Novák, CSc.

38. Mikrochirurgická subinquinální varikokélektomie
V. Kubíček (Český Krumlov)
39. Naše zkušenosti s laparoskopickým řešením varikokély
J. Vrána, V. Študent, R. Vrtal (Olomouc)
40. Varikokéla u dětí a dospívajících - informace o prospektivní studii
K. Novák, R. Kočvara, V. Kubíček, J. Doležal (Praha, Český Krumlov, České Budějovice)

Sekce VIII. - Skrótum

moderátoři: doc. MUDr. A. Utíkalová, CSc., doc. MUDr. B. Chwajol, CSc.

41. Spermatokéla z pohledu androloga
K. Kočí (Praha)
42. Akutní onemocnění skrota u dětí
A. Utíkalová (Olomouc)
43. Akutní scrotum
I. Zábranský, B. Chwajol, S. Arátor, M. Havlík (Nový Jičín)

44. Elephantiasis scroti

J. Mráz (Brno)

45. Neobvyklá onemocnění šourku

Z. Mucha, F. Aigl (Olomouc)

Sekce IX. - Zevní genitál

moderátoři: doc. MUDr. M. Hanuš, CSc., doc. MUDr. L. Jarolím, CSc.

46. HPV a HSV zevního genitálu

Matoušková M., Hanuš M. (Praha)

47. Mykózy zevního genitálu

Matoušková M., Hanuš M. (Praha)

48. Management of genitourinary soft tissue sarcomas in adult

M. Froehner, A. Manseck and M. OP. Wirth (Drážďany)

49. Plastika vaginy z labia minora

J. Mráz (Brno)

50. Konverze zevního genitálu transsexualizmu

L. Jarolím (Praha)

51. Vaginoplastika u adrenogenitálního syndromu

P. Zerhau, B. Hnilička (Brno)

52. Lokálně pokročilý I. stádium syfilis - diagnostika a léčba z pohledu urologa.

L. Zámečník, R. Trýzna (Praha)

Sekce X. - Balíček na cestu (Take it Home)

moderátor: doc. MUDr. F. Záfura

Vyhlášení cen za nejlepší přednášku a videofilm

Závěr vědecké části konference

Zprávy výboru ČLS

Potvrzení mandátu oborové komise pro urologii ČLK

Sekce zdravotních sester

Pátek 10. 10. 1997

Paralelní program v hotelu Relax

moderátoři: prim. MUDr. B. Schon, prim. MUDr. J. Pernička

S1. Ošetrovatelská péče a kvalita života nemocných s urostomií - E. Langrová (Praha)

S2. Ošetrovatelská péče o nemocné s augmentační plastikou - J. Mišbauerová (Praha)

S3. Úloha sestry při urodynamice u dětí - L. Dorňáková (Olomouc)

S4. Péče o zevní derivaci u dětí - R. Kužilková (Olomouc)

S5. Význam spolupráce sester s lékaři - interpersonální vztahy na pracovišti - Z. Pevná (Olomouc)

S6. Inkontinence moči - P. Zelová (Olomouc)

S7. Práce sestry v rámci stacionáře na urologickém oddělení v Novém Jičíně - D. Axmanová, H. Přidalová (Nový Jičín)

S8. Úkoly sestry při diagnostice striktury močové trubice - Z. Pevná (Olomouc)

Abstrakta

1. UROLOGIE NA SEVERNÍ MORAVĚ

J. Leder, B. Chwajol, F. Zátura

2. ODBĚRY ORGÁNŮ K TRANSPLANTACI A JEJICH ORGANIZACE

M. Grofová, P. Navrátil, Urologická klinika FN, Hradec Králové

3. IMPROVED DETECTION OF PROSTATE CANCER BY FPSA/TPSA RATIO

S. E. Froschermaier, M. Froehner, Ch. P. Pilarsky, Ch. Helke, A. Manseck, M. P. Wirth, Dept. of Urology, Technical University of Dresden, Germany. (Presented by Dr. Froehner)

INTRODUCTION: The ratio of total prostate specific antigen (tPSA) and noncomplexed (free) PSA (fPSA) differs significantly between patients with benign hyperplasia (BPH) and those with prostate cancer (CaP).

METHODS: Serum samples from 126 patients with histologically proven BPH and from 78 patients with untreated CaP were assayed for total PSA and free PSA using the Abbott AxSym™ assay.

RESULTS: There was a significant ($p < 0,001$) difference in the free/total PSA ratio between patients with CaP (11,25 % and patients with BPH (21,25 %). We calculated the positive predictive values for tPSA and fPSA ratio for different cut-off points. A nomogram was developed from which the risk of suffering from prostate cancer for each patient out of the both groups can be estimated.

CONCLUSIONS: Plotting the positive predictive values could be a better instrument for the diagnosis of prostate cancer than a static cut-off value for a patient cohort.

4. MESA, TESA, TESE + ICSI - VÝSLEDKY ZA PRVNÍ ROK

K. Kočí, M. Lachman, Z. Mayer, O. Teplá, J. Mika, andromeda/ISCARE IVF, Praha

Mikrochirurgický odběr spermií a mikromanipulační technologie se v současné době staly metodou volby při léčbě mužské neplodnosti. Hodnotíme zde soubor prvních 42 pacientů léčených těmito nejmodernějšími metodami na našem pracovišti v prvním roce od jejího zavedení v únoru 1996.

Muži postižení obstrukční azoospermií dosud měli možnost dosáhnout po chirurgické léčbě biologického otcovství jenom s malou mírou pravděpodobnosti. Zavedením nových technologií mikrochirurgie a mikromanipulace se významně rozšířily možnosti jejich léčby. Spermie pro intracytoplazmatickou injekci do oocyty (ICSI - intracytoplasmic sperm injection) získáváme přímou mikrochirurgickou aspirací z tubulů nadvarlete či z rete testis (MESA - microsurgical epididymal sperm aspiration, resp. TESA - testicular sperm aspiration). Narodily se první čtyři děti v ČR, počaté na našem pracovišti kombinací metod MESA, resp. TESA + ICSI. Příznivě pokračují i další gravidity, takže jsme v této skupině dosáhli úspěšnosti 43,8 %.

Muži s testikulární azoospermií byli dosud považováni za absolutně neplodné. V současné době je jednoznačně prokázáno, že i v těchto případech je cca 50 % naděje na získání spermií jejich extrakcí přímo z testikulární tkáně (TESE - testicular sperm extraction). Ani nepříznivý výsledek biopsie, ani více než 2,5x zvýšené hladiny FSH nevyklučují nalezení spermií použitých pro ICSI. V této skupině se narodilo jedno zdravé dítě a úspěšně probíhají další dvě gravidity partnerek mužů s bioticky ověřenou zástavou zrání, resp. Sertoli cells only syndromem (!), dosažené na našem pracovišti kombinací metod TESE + ICSI. Úspěšnost naší léčby u této dosud zcela beznadějně skupiny infertilních mužů dosahuje 12 %.

5. TECHNICAL ASPECT, INDICATIONS AND RESULTES OF NERVE SPARING RPLND

L. Kischbenedek, Budapest

6. TRANSURETRÁLNÍ INCIZE PROSTATY DLE YACHII

L. Hejzlar, P. Dvořák, J. Adamíková, J. Hiblbauer, Urologické oddělení SANUS Hradec Králové

Autoři prezentují soubor 31 pacientů operovaných pro sklerózu hrdla nebo BPH s objemem prostaty do 25-30 ml transuretrální incizí prostaty metodou dle Yachii.

Je prezentován subjektivní i objektivní efekt operace a zdůrazněno zachování sexuálních funkcí, včetně progradní ejakulace.

▷ **7. KOMPLIKACE URETERORENOSKOPICKÝCH VÝKONŮ ZA POSLEDNÍCH 5 LET NA UROLOGICKÉ KLINICE FNKV, PRAHA**

J. Poch, M. Lukeš, Urologická klinika FNKV Praha, 3. LF UK

Autoři seznamují s komplikacemi u 308 ureterorenoskopických výkonů provedených v období 1992-1997. Žádná z komplikací neměla fatální následek a jednotlivé komplikace jsou seřazeny podle stupně závažnosti. Autoři též uvádějí způsob řešení těchto komplikací.

▷ **8. KOMPLIKACE PERKUTÁNNÍCH ENDOSKOPICKÝCH VÝKONŮ NA LEDVINĚ ZA POSLEDNÍCH 5 LET NA UROLOGICKÉ KLINICE FNKV, PRAHA**

M. Lukeš, J. Poch, Urologická klinika FNKV Praha, 3. LF UK

Autoři seznamují s komplikacemi u 188 pacientů, kteří podstoupili perkutánní výkon na ledvině v období 1992-1997. Žádná z komplikací neměla fatální následek a jednotlivé komplikace jsou seřazeny podle stupně závažnosti. Autoři též uvádějí způsob řešení těchto komplikací.

▷ **9. ILEAL BLADDER WITH AFFERENT LOOP: 10 YEARS EXPERIENCE.**

J. Lorenz, T. Niezgod, Wrocław, Polsko

▷ **10. TÉMA REZERVOVÁNO**

A. Borovka, Varšava, Polsko

▷ **11. DIAGNOSTIKA A LÉČBA STRIKTURY URETRY**

R. Fiala, M. Janík, F. Zátura, Urologická klinika FN Olomouc

Výsledek léčby striktury uretry závisí na správné indikaci. Obligátní optická uretrotomie je podle našich zkušeností vhodná pouze u striktur bez větší myelofibrózy. U pokročilejších nálezu je pak vhodná uretroplastika. Autoři na základě vyšetření více než 60 nemocných navrhuji standardní diagnostický a terapeutický postup u striktur uretry.

▷ **12. URETROPLASTIKA INLAY-ONLAY V REKONSTRUKCI HYOSPADIE A STRIKTURY URETRY**

R. Kočvara, J. Dvořáček, J. Kříž, Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha, Katedra urologie IPVZ, Praha

Úvod: Uretroplastiku onlay nelze provést tam, kde část uretrální ploténky chybí. Ploténka je buď krátká nebo její část je nekvalitní. Autoři navrhuji operační postup, jak i u těchto nemocných zachovat princip onlay.

Metodika: Nová technika spočívá v primární restituci kontinuity uretrální ploténky. Toho lze dosáhnout vložem (inlay) střední asymetrické části (prepučního) laloku mezi konce přerušené ploténky a suturou hokejkovitěho tvaru k oběma částem ploténky. Překlopením laloku (onlay) se rekonstruuje uretra. Tato metoda je zřetelně snazší než metoda kombinovaného (tubulizovaného a onlay) laloku, umožňuje lepší přehled při sutuře tkání, zaručuje rovný průběh neouretry a je časově méně náročná.

Výsledky: V letech 1992-6/1997 autoři indikovali k onlay plastice 181 nemocných ve věku od 8 měsíců do 63 let, z toho 28 (15 %) s neúplnou uretrální ploténkou. U 2 se po resekci podařilo provést primární anastomózu přerušené ploténky. U 9 použili kombinovaný lalok (tube-onlay) a u 17 techniku inlay-onlay. U kombinovaného laloku se vyskytly dvě stenózy meatu a dvě distální dehiscence (44 %). U inlay-onlay techniky jedna distální dehiscence (6 %). Prodloužené hojení v místě cirkumcize zaznamenali u téměř jedné čtvrtiny případů.

Závěr: Autoři doporučují nový jednodobý postup rekonstrukce závažných forem hyospadie a složitých uretrálních striktur. Nízký výskyt komplikací umožňuje podle potřeby přerušit či resekovat uretrální ploténku bez obav.

▷ **13. NAŠE SKŮSENOSTI S OPERÁCIÍ MAGPI**

I. Minčík, L. Petříčko, Prešov

▷ **14. STD - CHLAMYDIE, UREAPLAZMATA A MYKOPLAZMATA V UROLOGICKÉ AMBULANTNÍ PRAXI**

M. Hanuš, M. Matoušková, Urocentrum Praha

Sexuálně přenosná onemocnění (STD) představují velkou skupinu onemocnění. Nejzávažnější z nich patří mezi choroby podléhající povinnému hlášení a dispenzárním kontrolám. Ale i ostatní tato onemocnění jsou v ambulanti praxi častá.

Akutní i subakutní zánětlivé příznaky onemocnění dolních močových cest přivádějí do našich ordinací velký počet mladých mužů a žen, u kterých pak prokazujeme nespecifické uretritidy. Vzhledem k závažným důsledkům nesprávné či nedostatečné léčby těchto onemocnění je třeba věnovat velkou pozornost pečlivému mikrobiologickému vyšetření a průkazu patogenního agens.

Na souboru 317 nemocných předkládáme mikrobiologické a sérologické nálezy a výsledky antibiotické terapie.

15. NÁDORY URETRY V MATERIÁLU UROLOGICKÉ KLINIKY

F. Zátura, K. Berta, Urologická klinika FN, Olomouc

Nádory uretry bez poškození měchýře nebo horních močových cest jsou poměrně vzácné. Na urologické klinice jsme diagnostikovali v posledních deseti letech 5 nádorů uretry. Všechny nádory byly natolik pokročilé, že je nebylo možno ošetřit endoskopicky. U dvou nemocných jsme vzhledem k pokročilosti nádoru, metastázám a celkovému stavu zajistili pouze paliativně derivaci moči epicystostomií. U třech jsme provedli radikální operační řešení uretrectomií. Ve sdělení je diskutována i nejvhodnější možnost derivace.

16. ŘEŠENÍ ZÁVAŽNÉ POSTTRAUMATICKÉ STRIKTURY U JEDENÁCTILETÉHO CHLAPCE

R. Vrtal, J. Vrána, A. Utíkalová, R. Fiala, F. Zátura, Urologická klinika FN Olomouc

Autoři uvádějí operační výsledky u posttraumatické striktury zadní uretry u 11 letého chlapce. Chlapec utrpěl při dopravním úraze zlomeninu pánve s rupturou zadní uretry, která byla akutně ošetřena epicystostomií na jiném pracovišti. Vyvinula se striktura zadní uretry v délce 6 cm. Za 5 měsíců od úraza byla provedena rekonstrukční operace z kombinovaného suprapubickeho a perineálního přístupu s odstraněním dolního okraje symphysis a dislokovaného ramus pubicus ossis ischii vlevo. Odstraněn zbytek stenotické části zadní uretry a provedena anastomóza bulboprostatické uretry end to end.

Chlapec je rok po operaci, je kontinentní, bez močové infekce a bez reziduální moči. Kontrolní UZ ledvin je normální, kontrolní MCUG ukazuje dobrou průchodnost anastomózy.

17. REPLANTACE PENISU

A. Nejedlý, M. Urban

Klinika plastické chirurgie FN Královské Vinohrady 3. lékařské fakulty UK Praha

Urologická klinika FN Královské Vinohrady 3. lékařské fakulty UK, Praha

Replantace penisu, na rozdíl od replantací v oblasti horní končetiny, se v replantační chirurgii provádí velmi vzácně. Důvodem je nepoměrně menší incidence tohoto druhu poranění. Většinou je toto poranění způsobeno pacientem samým při dekompenzaci jeho psychické choroby, další příčinou je poranění jinou osobou. Nejméně častou příčinou je běžný způsob poranění. Amputace penisu je v těchto případech často přidruženým poraněním v rámci polytraumatu pacienta. Z hlediska celkového stavu pacienta a charakteru amputace není replantace indikovaná nebo je nemožná.

Autoři si dovoluují předložit kazuistiku úspěšně provedené replantace penisu. Přibližují operační postup a dokumentují stav po operaci i dlouhodobý výsledek po replantaci provedené před 2 lety. Zvažují efekt tohoto druhu výkonu pro pacienta.

18. KARCINOM PENISU V SESTAVĚ UROLOGICKÉ KLINIKY FN HRADEC KRÁLOVÉ 1986-1996

Zb. Veselský, P. Morávek, P. Prošvic, Urologická klinika FN Hradec Králové

V letech 1986-1996 bylo na urologické klinice v Hradci Králové ošetřeno 36 mužů s histologicky ověřenou diagnózou karcinomu penisu. Dva se podrobili emaskulinizaci s nutností lalokových plastik, 18 prodělalo totální nebo parciální amputaci penisu, 16 nemocných se podrobilo circumcizi či excizi ložiska. Nemocní přicházeli v různých stádiích onemocnění, v převážné většině případů řadu měsíců po výskytu prvních obtíží.

Tento fakt měl dominantní význam pro rozsah chirurgického zásahu i přežití pacientů s karcinomem penisu.

Autoři referují o vstupních diagnózách nemocných, řešení, zkušenostech s adjuvantní chemoterapií a kvalitě života po operačním výkonu.

19. VYUŽITÍ Nd: YAG LASERU V LÉČBĚ POVRCHOVÝCH LÉZÍ PENISU

M. Babjuk, J. Novák, J. Dvořáček, Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Cíl studie: Předpokladem úspěšné léčby povrchových lézí penisu je nejen jejich radikální odstranění, ale i dobrý kosmetický výsledek. Klasické chirurgické postupy jsou spojeny s rizikem kosmetických defektů, které jsou pacienty velmi nepříznivě vnímány. Problémem je zvláště ošetření plošně rozsáhlejších prekanceróz nebo povrchových tumorů glandu. Paprsky Nd: YAG laseru pronikají při kontaktu s tkání do hloubky 3-4 mm a vyvolávají koagulační nekrózu bez porušení tkáňové architektiky. Díky tomu lze radikálně eradikovat povrchové nádory bez následných tkáňových defektů. Stejný typ laseru je výhodný i v léčbě condylomata accuminata, zvláště v nepříznivých lokalizacích, například v zevním ústí uretry.

Pacienti a metoda: Od roku 1990 jsme na naší klinice ošetřili Nd: YAG laserem 47 mužů s kondylomaty glandu. U 28 z nich postihly léze zevní ústí uretry. Operovali jsme v celkové narkóze pulzní technikou při energii 15-20 W. V případě lokalizace kondylomatu v zevním ústí uretry jsme doplnili uretroskopii k vyloučení postižení distální uretry.

Ve stejném období jsme léčili stejnou technikou 4 pacienty s histologicky prokázanou Quycratovou erythroplázií nebo povrchovou formou spinocelulárního karcinomu glandu. U dvou z nich proběhlo ošetření ve dvou dobách s intervalem 4 týdny.

Výsledky: Průběh výkonu i pooperační období nebylo provázeno závažnými komplikacemi. Technika zajišťuje velmi dobré

kosmetické výsledky, je však nutno počítat s prodlouženou dobou hojení, čítající až 4 týdny. Radikalita léčby byla stoprocentní a bez známek recidivy u nádorových indikací. Četné recidivy v případě kondylomat, vyžadující opakované ošetření, jsou dány virovým charakterem onemocnění.

Závěr: Nd:YAG laser umožňuje účinnou eradikaci povrchových lézí penisu s velmi dobrými kosmetickými výsledky, což dokladujeme diapositiv. V případě nádorů je třeba z onkologických důvodů indikaci omezit pouze na povrchové léze.

➤ **20. KOREKCE DEVIACE PENISU A JEJÍ VÝSLEDKY**

P. Navrátil, M. Brodák, Urologická klinika FN Hradec Králové

➤ **21. LIEČBA ANGULÁCIE PENISU**

J. Breza, P. Bujdák, M. Miklóši, J. Štefančík

➤ **22. PREPUCIUM NOVORODENCA**

J. Svitač, J. Kliment, K. Javorka, Urologická klinika MFN Martin, SR

Prepucium vzniká u 8 týždňového embrya ako prstenec zhrubnutej epidermis, ktorý dorastá k vrcholu glansu v 16. týždni embryonálneho života. Od 24. týždňa začína postupný proces separácie oboch štruktúr. U novorodenca je predkožka fyziologicky úzka, často s adhéziami medzi glansom a vnútorným prepuciálnym listom. Pokusy násilne urýchľovať separáciu oboch spomenutých štruktúr v predškolskom veku považujeme v súčasnej dobe za nevhodné. Násilný postup často vedie k vzniku radiálnych ragád, ktoré sa hoja jazvou s následným vznikom skutočnej fimózy. Manuálna separácia je indikovaná len v prípadoch výraznejších adhézií s retenciou mazu. Takýto výkon patrí jednoznačne do rúk erudovaného detského urológa. Za účelom posúdenia stavu prepucia u novorodenca sme v období od 1. 1. 1997 do 30. 6. 1997 vyšetrili vonkajší genitál u 261 novorodených chlapcov. V prvých dňoch po pôrode sme identifikovali 4 typy predkožky. Najčastejším nálezom bolo úzke prepucium, ktoré umožnilo pri jemnom ťahu aspe-xiu vonkajšieho ústia uretry. Menej často bolo vidno i časť glansu. Zriedkavým nálezom bola rozsiahlejšia separácia glansu od predkožky, podobne ako výrazne úzke prepucium, ktoré nebolo možné vôbec mobilizovať. Úzke prepucium s nemožnosťou jeho prehrnutia cez glans predstavuje u novorodenca fyziologický stav. Obraz nie je úplne uniformný.

➤ **23. CORNU CUTANEUM PENIS - RARITNÍ PREKANCERÓZA?**

L. Zámečník, K. Novák, Urologická klinika VFN Praha

Cornu cutaneum penis - raritně se vyskytující afekce zevního genitálu, která je jako prekanceróza dávána do souvislosti s výskytem spinocelulárního karcinomu penisu. V příspěvku je diskutována léčba a následná dispenzarizace pacientů s tímto onemocněním.

➤ **24. MODIFIKACE LAPAROSKOPICKÉ LIGATURY SPERMATICKÉ ŽÍLY (videozáznam)**

P. Wantulok, Nemocnice Podlesí, Třinec

Laparoskopická operace varikokély je odvozena z postupu Bernardiho - protěti žilních kmenů mezi podvazy. Při provádění více než 70 laparoskopických operací s použitím titanových svorek jsme měli jednu komplikaci - intraperitoneální krvácení 8. pooperační den, které si vynutilo laparotomii v jiném zařízení. Domníváme se, že došlo ke sklouznutí svorky peristaltickým pohybem nebo odloučením nekrózy po koagulaci.

Pro zamezení možnosti vzniku takové komplikace jsme začali používat extrakorporálně uzlené dvojnásobné ligatury žil bez současného protěti, což dokumentujeme videozáznamem operace.

Po zvládnutí této techniky konstatujeme, že se doba operace prodloužila zcela zanedbatelně, a doporučujeme ji k širšímu používání.

➤ **25. LÉČBA VEZIKOURETERÁLNÍHO REFLUXU SUBSLIZIČNÍ INSTILACÍ KRVE**

I. Novák, Urologická klinika FN Hradec Králové

Video

➤ **26. PUBOFASCIÁLNA SLUČKA PODĽA McGUIREHO A LYTTONA (videofilm)**

L. Valanský, Urologická klinika Lekárskej fakulty UPJŠ Košice SR

Chirurgická liečba stresovej inkontinencie moču u žien, ktorá je zapríčinená intrinsickou inkompetenciou uretry, vyžaduje použitie operácií kompresívneho typu. Jednou z možností je kompresia uretry pomocou fasciálnej slučky. Vo videofilme je demonstrováný operačný postup s tzv. pubofasciálnou slučkou, ktorú McGuire a Lytto publikovali v r. 1978.

▷ **27. RACIONÁLNÍ DIAGNOSTIKA STRIKTURY URETRY**

R. Fiala, F. Zátura, K. Belej, Urologická klinika FN Olomouc

Diskuse

▷ **28. RŮSTOVÉ FAKTORY A ETIOPATOGENEZE BHP**

L. Šafařík, Praha

▷ **29. OVLIVNĚNÍ FUNKCE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE RŮSTOVÝMI FAKTORY**

M. Colombel, Francie

▷ **30. TADENAN V LÉČBĚ PACIENTŮ S BHP**

J. Breza, O. Džurny, N. Mikloš Bratislava, SR

▷ **31. TESTICULAR CANCER: A GENERAL OVERVIEW AND NEW DEVELOPMENTS**

L. Kischbenedek, - Pest Hospita, Budapest

▷ **32. DIAGNOSTIKA TUMORU VARLETE: SROVNÁNÍ CT A USG**

R. Grill, A. Srp, M. Urban, Urologická klinika FNKV a 3. LFUK Praha

Základní zobrazovací metodou je UZ. Slouží k úvodnímu zobrazení testikulárních tumorů a k diferenciální diagnostice. Magnetická rezonance umožňuje dokonalé zobrazení skrota a jeho obsahu a přispívá k přesnější diagnostice. Vzhledem k ekonomické i časové náročnosti vyšetření zůstává MR metodou k rozlišení sporných či neurčitých nálezů získaných při UZ.

Úloha CT má při vyšetření skróta jen minimální význam, její hlavní úkol je stanovit event. šíření testikulárních nádorů do retroperitoneálních uzlin.

Autoři ve svém sdělení poukazují na výhody obou vyšetření (UZ a MR - senzitivita, specificita), u 35 pacientů jsou porovnány obrazy obou základních zobrazovacích metod.

▷ **33. VYUŽITIE PROGNOSTICKÝCH FAKTOROV PROGRESIE OCHORENIA V LIEČBE PACIENTOV S NESEMINOMATÓZNYM NÁDOROM TESTIS V I. KLINICKOM ŠTÁDIU**

D. Ondruš, M. Horňák, V. Belan, J. Maťoška, J. Kaušitz, Urologická klinika LFUK a Rádiodiagnostická klinika IVZ, Dérešova NsP, Oddelenie patológie a Oddelenie rádioimunodiagnostiky, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava.

V liečbe pacientov s ne seminomatóznym nádorom testis v I. klinickom štádiu sa v súčasnosti používajú: primárna retroperitoneálna lymfadenektómia (RPLA), adjuvantná chemoterapia a taktika prísneho dohľadu. Pri výbere optimálnej liečebnej metódy sa uplatňujú prognostické faktory progresie ochorenia. Na základe skúseností s taktikou prísneho dohľadu autori začali využívať rizikové faktory, ktorých prítomnosť určuje skupiny pacientov vyžadujúcich aktívnejší liečebný postup v porovnaní s taktikou prísneho dohľadu.

Autori referujú o 5-ročných skúsenostiach s liečbou 72 pacientov podľa histopatologických prognostických faktorov.

U 18 pacientov s nálezom vaskulárnej invázie a s prevahou embryonálneho karcinómu v primárnom nádore indikovali adjuvantnú BEP chemoterapiu. Pri 28-mesačnom mediáne sledovania sú všetci pacienti bez progresie ochorenia.

Päť pacientov s nálezom vaskulárnej invázie a s prevahou teratomatóznych elementov (s mediánom sledovania 48 mesiacov) liečili primárnou RPLA. Dvoch z nich (40 %), ktorí boli v II. patologickom štádiu, liečili následne chemoterapiou. Jeden exitoval v dôsledku progresie ochorenia 29 mesiacov od začiatku liečby, druhý žije bez prejavov ochorenia 47 mesiacov od ukončenia liečby.

U 49 pacientov bez vaskulárnej invázie v primárnom nádore (s mediánom sledovania 29 mesiacov) indikovali taktiku prísneho dohľadu. K progresii ochorenia došlo u 7 (14,3 %) pacientov po mediáne sledovania 8 mesiacov. Týchto pacientov liečili následne BEP chemoterapiou, žijú s 22-mesačným mediánom prežívania od ukončenia liečby.

Celkove prežíva 98,6 % pacientov.

Autori odporúčajú používať taktiku prísneho dohľadu len u pacientov bez vaskulárnej invázie v primárnom nádore.

▷ **34. TUMORY VARLETE V DĚTSKÉM VĚKU**

I. Novák, H. Stefan, J. Baše, L. Janoušková, Urologická klinika FN Hradec Králové

V práci je rozebrán klinický soubor sedmi nádorů varlete a paratestikulárních struktur u chlapců 2-11 letých za posledních 10 let na urologické klinice FN v Hradci Králové.

Histologicky šlo o 2 teratomy, 1 dysgerminom a 1 nádor ze Sertoliho buněk, Leydigových buněk, 1 rabdomyosarkom a 1 heman-
giolyfom.

Diagnóza byla založena na vyšetření palpačním a sonografickým. Vždy byl zjištěn rozsah onemocnění.

U všech chlapců byla provedena orchiektomie. Šest chlapců se zahojilo. U rabdomyosarkomu došlo k místní recidivě, která byla
operačně odstraněna, a léčba byla doplněna o adjuvantní cytoterapii. Toto onemocnění je rozvedeno kazuisticky.

Autoři upozorňují, že i při výjimečnosti onemocnění je třeba na ně vždy myslet a podezření pečlivě ověřit. Statistické údaje
o výskytu solidních nádorů v dětském věku ukazují na relativní častost nádorů varlete.

Nepozorovali jsme nádor ze žloutkového váčku.

35. TUMOR Z LEYDIGOVÝCH BUNĚK JAKO PŘÍČINA PSEUDOPUBERTAS PRAECOX

A. Utíkalová, J. Zapletalová, K. Michálková, Urologická klinika FN Olomouc

Tumor z Leydigových buněk v dětském věku patří k nejčastějším nádorům ze stromatu varlete. Vyskytuje se nejčastěji ve věku
4-5 let. Projevuje se předčasnou pubertou v důsledku vysoké hladiny testosteronu produkovaného tumorem. Provází jej urychlená
kostní maturace. Diagnóza je stanovena na základě vysoké hladiny testosteronu v séru a UZ nálezu na varleti. Diferenciálně diag-
nosticky je nutno vyloučit všechny příčiny předčasné puberty. U dětí nebyly zjištěny metastázy a nádor je považován za benigní.
Léčebně je indikována orchiektomie. Vzhledem k tomu, že tumor je opouzdřen a ohraničen proto okolní tkání varlete, je možná
i pouhá jeho enukleace. Efekt léčby je okamžitý. Je uveden případ 4letého chlapce s předčasnou izosexuální pubertou, u něhož byl
diagnostikován tumor z Leydigových buněk.

Autoři uvádějí možnosti diferenciální diagnostiky a terapie.

36. TRIORCHISMUS, DIAGNOSTIKA A LÉČBA

O. Šmakal, A. Utíkalová, K. Michálková, Urologická klinika FN Olomouc

Polyorchismus je vzácně se vyskytující anomálie genitourinárního traktu. Vzniká podélným nebo příčným rozdělením genitální lišty,
a tím je dána anatomická variabilita zdvojení. Polyorchismus je v 15-50% sdružen s retencí varlete, ve 30% s hernií, hydrokélou. Byla
popisána torze nadpočetného varlete nebo obou varlat i nádorové postižení. Před UZ byla diagnóza stanovena až při operační revizi.
Ultrasonografie významně přispěla k diagnostice. Suverénní dg metodou je NMR. Uveden výskyt triorchismu u tří chlapců ve věku
9, 13 a 17 let, který byl diagnostikován ultrasonograficky na základě zjištěné rezistence v šourku. U dvou pacientů byl triorchismus
ověřen operačně. Při operaci byla zjištěna dvě varlata s vyvinutými odvodnými pohlavními cestami a obě varlata byla ponechána.
U třetího chlapce operace neindikována. Chlapci jsou dále UZ.

37. TORZE VARLETE A APPENDIXU VARLETE - DIAGNOSTICKÉ PROBLÉMY

L. Janoušková, I. Novák, H. Stefan, E. Urbanová, Urologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Obě tyto kategorie patří do skupiny akutního skrota. V dětském a pubertálním věku je nejčastější příčinou akutního skrota torze
varlete či appendixu testis, epididymitis je velice vzácná.

Důležitá je anamnéza, fyzikální vyšetření, podle možnosti a času, ev. pomocná vyšetření (ultrasonografie i s Dopplerem, scintigrafie)
- pro diagnostiku.

Řešení torze varlete i appendixu varlete je chirurgické - operační revize. V případě torze varlete pak operační detorze - nejdéle
4-6 hodin po začátku příhody. Prodleva znamená poškození spermiogeneze až po ztrátu vitality varlete a nekrózu varlete.

Při torzi appendixu varlete se operačně extirpuje torkovaný appendix.

Náš klinický soubor zahrnuje 38 chlapců hospitalizovaných na urologické klinice v letech 1988-1996 pro torzi varlete či appendixu
varlete. Chlapci byli ve věku 2-17 let. Ve 21 případech se jednalo o torzi varlete, v 17 případech o torzi appendixu varlete.

Vyšetřovací schéma je obvyklé - anamnéza a vyšetření fyzikální, ev. i pomocná vyšetření.

Vždy jsme prováděli operační revizi - v 5ti případech byla nutná orchiektomie (pro pozdní příchod pacienta), ve 12ti případech opera-
ční detorze, u 4 chlapců při operační revizi jsou již známky spontánní detorze. Operace i na druhostranném varleti - orchiope-
xe pokaždé. V případě torze appendixu se operačně provádí extirpace appendixu.

Závěrem lze říci, že torze varlete a appendixu varlete často nelze od sebe odlišit, a proto v jakémkoliv podezření na torzi varlete
nemá význam dlouho otálet s operační revizí a dlouho pacienta vyšetřovat, neboť může dojít ke ztrátě funkčnosti varlete a možné
neplodnosti v dospělosti, při delším otálení však může být výsledkem až nekróza varlete.

38. MIKROCHIRURGICKÁ SUBINGUINÁLNÍ VARIKOKÉLEKTOMIE

V. Kubiček, Český Krumlov

Varicocele testis je nejčastější a nejlépe terapeuticky ovlivnitelnou příčinou mužské infertility.

Tak, jak se zlepšují diagnostické a léčebné možnosti v andrologii, mění se i názory na varikokélu. Při dobrých diagnostických možnos-
tech se zjišťuje oboustranná varikokéla až u 35% postižených. Při správném a včasném ošetření je udáván "pregnancy rate" (poměr
těhotenství partnerek operovaných mužů) během prvního roku po operaci 35-50% a do dvou let po operaci

60-70%. (de Castro, Brazílie, Hargreave - U.K.) Jde o páry, u nichž je vyloučen ženský faktor infertility a koincidence jiné příčiny mužské infertility. Tyto velmi dobré léčebné výsledky ukazují na nutnost řádného andrologického vyšetření infertilních mužů před rozhodnutím o léčbě infertilního páru. Po "boomu" laparoskopických a sklerotizačních metod přichází renesance otevřené operativy, ovšem v mikrochirurgické podobě.

Mikrochirurgická varikokélektomie ze subinguinálního přístupu umožňuje bezpečně identifikovat a ošetřit extrafunikulární žilní kolaterály a selektivně ošetřit refluktující žilní kmeny při ponechání intaktní testikulární arterie. Tím je zajištěna neporušená arteriální výživa bez zvýšení rizika recidivy, rekurence a perzistence varikokély, které ostatní výkony šetřící arterii nezbytně nesou.

Nevýhodou výkonu je technická a přístrojová náročnost, i když operační mikroskop není zcela nezbytnou podmínkou mikrochirurgického přístupu. Mikrochirurgickou techniku ošetření umožňuje i kvalitní operační lupa či lupové brýle.

Indikací je zejména varikokéla s hypotrofií varlete jedno- či oboustranná, zvláště u chlapců a adolescentů.

Nevýhodou subinguinálního operačního postupu pro pacienta je mírné zvýšení pooperačního dyskomfortu a prodloužení rekonvalescence.

39. NAŠE ZKUŠENOSTI S LAPAROSKOPICKÝM ŘEŠENÍM VARIKOKÉLY

J. Vrána, V. Študent, R. Vrtal, Urologická klinika LF UP Olomouc

Autoři uvádějí soubor 42 laparoskopických operací varikokély provedených v letech 1993-1997. Jednalo se ve všech případech o levostrannou varikokélu, převážně II. stupně podle klasifikace podle Lyona. U všech dětí bylo provedeno důkladné předoperační vyšetření včetně barevného dopplerovského mapování, dopplerometrického zhodnocení významnosti refluxu v plexus pampiniformis, stejně jako kontrolní dopplerovské vyšetření po provedených výkonech. U všech operací byl použit transperitoneální přístup, přičemž u 30 pacientů byla zachována arteria spermatica, ve 12 případech byla provedena ligatura celého cévního svazku. U 4 dětí byla prokázána recidiva. U všech 4 případů pak byla při reoperaci nalezena ponechaná spermatická vena. Cílem operace varikokély je přerušení všech refluktujících spermatických vén a jejich kolaterál. Laparoskopická technika díky zvětšení operačního pole optikou umožňuje detailnější pohled a preparaci cévního svazku s následným šetřením a spermaticky. Nicméně ani přerušení spermatické arterie neprokázalo žádný vliv na trofiku a funkci varlete.

40. VARIKOKÉLA U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH - INFORMACE O PROSPEKTIVNÍ STUDII

K. Novák, R. Kočvara, J. Kříž, V. Kubiček, J. Doležal, Urologická klinika VFN a 1. LF Praha. Urologické oddělení Nemocnice Český Krumlov, Urologické odd. Nemocnice České Budějovice

Varikokéla postihuje 15% dospívajících. U téměř 1/5 z nich může být příčinou budoucí infertility. Dosavadní indikační kritéria k včasné operaci jsou sporná.

Autoři představují projekt "Varikokéla u dětí a dospívajících - indikace včasné operační léčby". Tento projekt je finančně podporován grantem IGA MZ ČR, registrační číslo 3781-6. Krátkodobým cílem - do 3 let - je srovnání vývoje varlete a hormonálního vývoje u operovaných a neoperovaných pacientů s varikokélou před maturací varlete. Dlouhodobým cílem - do 6 let - je stanovení kritérií včasné operační léčby varikokély ve vztahu k fertilitě pacienta.

Metodika: Do studie jsou zařazováni pacienti do 16 let věku. Při vstupním vyšetření je vedle anamnestických údajů stanoven klinický stupeň varikokély, stupeň puberty dle Tannera, velikost varlat, průsvit žil varlete nad 3 mm, přítomnost a kvantifikace venózního refluxu podle dopplerovské ultrasonografie, hormonální vyšetření a LH RH test, vyšetření antispermatických protilátek. Podle nálezů jsou pacienti rozděleni do 3 skupin - v 1. a 2. skupině, kde není dle současných kritérií indikace k operaci, se postupuje buď konzervativně nebo jsou pacienti operováni. Do 3. skupiny jsou zařazováni jedinci s jasnou indikací k operaci dle Kasse. Pacienti budou sledováni v intervalu 6-12 měsíců: hormonální vývoj, růst varlete, vývoj varikokély. V 18 letech provedeme vyšetření spermioqramu.

Závěr: Autoři představují prospektivní, longitudinální studii, z jejichž závěrů chtějí upřesnit indikaci včasné operační léčby varikokély.

41. SPERMATOKÉLA Z POHLEDU ANDROLOGA

K. Kočí, andromeda, Praha

Nárůst mužské neplodnosti je celosvětový problém. V současné době se i u nás staly metodou volby při její léčbě nejmodernější metody asistované reprodukce, tj. mikrochirurgický odběr spermií a mikromanipulační technologie, které jsou náročné na personální i technické vybavení pracoviště, a tudíž jsou i velmi nákladné. Vzhledem k tomu, že se paradoxně mohou stát příčinou infertility některé běžně prováděné operační výkony na mužském genitálu, je žádoucí se těmto zbytečným rizikům vyhnout.

Spermatokéla je zcela benigní onemocnění, které svého nositele nijak neohrožuje. Přesto se velmi často uchylujeme k její exstirpaci, neuvědomující si, že za prvé velmi pravděpodobně můžeme poškodit či přerušit tubulus nadvarlete, což může mít za následek infertility, a že za druhé se jejím odstraněním zbavujeme potenciálního vydatného zdroje pro mikromanipulační technologie. Podobně provádíme i epididymektomii, aniž bychom se vždy zamysleli nad andrologickými konsekvencemi této operace.

Oba tyto výkony by se proto měly vždy zodpovědně zvážit a měly by se provádět pouze u těch mužů, kteří již neplánují založit či rozšířit rodinu.

Prezentovány kazuistiky dokládající tuto tézi.

42. AKUTNÍ ONEMOCNĚNÍ SKRÓTA U DĚTÍ

A. Utíkalová, Urologická klinika FN Olomouc

Akutní onemocnění skróta u dětí je charakterizováno náhlým vznikem, vyžadujícím rychlé vyšetření a léčbu, aby se zabránilo dalšímu rozvoji onemocnění, event. i ztrátě orgánu. Při akutním onemocnění skróta u dětí může jít buď jen o onemocnění jeho stěny, anebo jeho obsahu. Může být i projevem celkového onemocnění (nefrotický syndrom, Henoch-Schönleinova purpura). Nejzávažnějším akutním onemocněním skróta je torze varlete vyžadující rychlou diagnózu, která nemusí být vždy snadná, a to i při užití ultrasonografie vč. dopplerovské a radioizotopového vyšetření. V určitých případech je diagnóza stanovena až při operační revizi. Autorka uvádí hlavní onemocnění, na která je nutno myslet v diferenciální diagnostice akutního onemocnění skróta.

43. AKUTNÍ SKRÓTUM

I. Zábranský, B. Chwajol, S. Arátor, M. Havlík, Urologické oddělení Nemocnice s poliklinikou Nový Jičín

Akutní, bolestivé zduření skróta je onemocnění, které je třeba neodkladně (operačně) řešit. Diferenciální diagnostika mezi torzí varlete a ostatními příčinami bolesti skróta je obtížná, zvláště v podmínkách zařízení, kde nejsou k dispozici pomocná radiologická vyšetření, jako je barevná duplexní ultrasonografie, či dynamická scintigrafie varlat, a kde je tedy nutno operační revizi indikovat na základě klinického nálezu.

V průběhu 5 let jsme na našem pracovišti indikovali neodkladnou operační revizi skróta u 52 pacientů s podezřením na torzi varlete.

V krátkém sdělení prezentujeme naše výsledky přehledně shrnuté graficky.

44. ELEPHANTIASIS SCROTI

J. Mráz, FDN JG Mendela Brno

I neparazitární postižení lymfatických cév lokálního charakteru může dorůst úctyhodných rozměrů, jak ukazuje prezentovaná kazuistika. Obrazově dokumentovaný způsob operační léčby, její možnosti a konkrétní výsledky spolu s všeobecným pojednáním jsou předmětem sdělení.

45. NEOBVYKLÁ ONEMOCNĚNÍ ŠOURKU

Z. Mucha, F. Aigl, Urologická klinika FN Olomouc

Souhrn: Autoři vybírají z klinického materiálu některé zvláštní případy onemocnění scrota. Každý případ je uveden jako stručná a samostatná kazuistika s náčrtem poranění, diagnostickým a terapeutickým postupem. Uvedeny jsou i další osudy nemocných.

Cíl práce: Upozornit na tato nepříliš častá, ale o to vážnější onemocnění scrota a navrhnout centralizaci řešení těchto onemocnění na centralizované pracoviště z důvodů vědeckých a publikačních.

46. HPV a HSV ZEVNÍHO GENITÁLU

M. Matoušková, M. Hanuš, Urocentrum Praha

Postižení zevního genitálu je způsobeno především DNA viry z čeledi papovavirů a herpesvirů. Virová onemocnění v této lokalizaci mají různý maligní potenciál. Opakovaně byla prokázána souvislost mezi prostou infekcí a premaligními či maligními lézemi. Diagnostika obvykle nečiní obtíže, neboť je makroskopický vzhled onemocnění typický. Podmínkou úspěšného zvládnutí nemoci je pečlivé vyšetření a léčba sexuálních partnerů.

Předkládáme soubor nemocných, kde byli současně vyšetřeni oba (ev. další) partneři a shrnujeme současné možnosti léčby, jak medikamentózní, tak chirurgické.

47. MYKÓZY ZEVNÍHO GENITÁLU

M. Matoušková, M. Hanuš, Urocentrum Praha

Kvasinkové, ponejvíce kandidové postižení zevního genitálu mužů i žen patří k nejčastějším příčinám návštěvy odborného lékaře. Výskyt vzrůstá s počtem přítomných predispozičních faktorů (obezita, diabetes mellitus, gravidita, imunosupresivní stavy, léčba širokospektrými antibiotiky apod.). Charakteristický klinický obraz obvykle nečiní diagnostické obtíže, přesto by měl být nález verifikován mykologickým vyšetřením.

Autoři rozebírají současné lokální i systémové možnosti léčby kandidózy zevního genitálu. Navrhují určitý diagnostický i terapeutický algoritmus, jak jej empiricky stanovili a používají ve svém zařízení na podkladě vlastního souboru ošetřených pacientů.

48. MANAGEMENT OF GENITOURINARY SOFT TISSUE SARCOMAS IN ADULTS

M. Froehner, A. Manseck, M. P. Wirth, Dept. of Urology, Technical University of Dresden, Germany (Presented by Dr. Froehner)

INTRODUCTION: Sarcomas constitute only about 1 % of all genitourinary malignancies. Considering their and biological heterogeneity it is difficult to obtain information about the best therapy and the prognosis of these neoplasma. We report our experience with primary and recurrent genitourinary sarcomas treated between 1993 and 1997 at our institution.

METHODS: The cases of 13 adults (4 women and 9 men, mean age 55 years /33-72 years/) with primary (n=11) or recurrent (n=2) urological sarcoma seen between January 1993 and July 1997 were reviewed and follow up data were obtained. Mean follow up of the 12 survivors was 36 months (10-141 months).

RESULTS: Histologically the following sarcomas were seen: 4 leiomyosarcomas, 4 malignant fibrous histiocytomas (MFH), 2 liposarcomas, 2 rhabdomyosarcomas, 1 neurofibrosarcoma. Kidney (n=3), bladder (n=5), and scrotal content (n=5) were involved. In all but 1 case radical resection with negative surgical margins was performed. All 4 patients suffering from MFH experienced local recurrence, 3 of them were salvaged. The interval until occurrence of first recurrence was 4, 5, 11, and 20 months. In one case a late local recurrence was found 8 years after the last relapse respectively 10 years after radiotherapy for extended lymph node metastases. To our knowledge this is the first reported 10-year followup after metastatic paratesticular MFH. One patient with local lymph node involvement in G1 renal leiomyosarcoma is alive without evidence of recurrent disease 22 months after surgery. One patient with inoperable peritoneal sarcomatous spread in high grade bladder leiomyosarcoma is still alive 10 months after diagnosis.

CONCLUSIONS: Close followup examinations especially during the first 3 years after initial therapy offer the chance of successful salvage surgery. Patients once treated for high risk urological sarcoma (high grade, deep invasion, MFH, recurrent or metastatic disease) should have life-long followup. Local lymph node dissection seems to be beneficial in selected cases of renal sarcoma.

49. PLASTIKA VAGINY Z LABIA MINORA

J. Mráz, FDN J. G. Mendela Brno

U tří dívek 13-15 letých s aplazií dolní části vagíny a s krátkou horní porcí ústí suprasfinktericky do urethry (ev. hrdla m. měchýře) nahrazena dolní vaginální porce kožními laloky labia minora. Výsledná pochva je bez tendencí ke konstrikci a umožňuje normální sexuální aktivitu. Sledování 3-6 let.

50. KONVERZE ZE VNÍŠNÍHO GENITÁLU TRANSSEXUALISMU

L. Jarolím, Urologická klinika I. LF UK Praha

Soubor výkonů chirurgické konverze zevního genitálu má pacientovi přinést podobu, která odpovídá jeho vlastní sexuální identifikaci. Současně ho zbaví nežádoucích tělesných prvků, které pro něj znamenaly mutilující zátěž.

U mužského transsexualismu následuje po emaskulinizaci pacienta plastika zevního genitálu a vagíny. Ke klitoridoplastice se používá štěp glandy se zachovanou nervově cévní stopkou a k tvorbě neovagíny invertovaná kůže penisu.

U ženského transsexualismu se na našem pracovišti provádí metaidoioplastika nebo laloková plastika z kůže třísel. Přednosti metaidoioplastiky je zachovaná erotogenní funkce originálního glandu a možnost mikce vstoje, výkon je jednodobý. K plastice neouretry se používá kombinace laloků vnitřních listů malých labií a přední poševní stěny.

V období let 1992-1997 jsme provedli chirurgickou konverzi zevního genitálu u 40 transsexuálů s dobrými funkčními i kosmetickými výsledky.

51. VAGINOPLASTIKA U ADRENOGENITÁLNÍHO SYNDROMU

P. Zerhau, B. Hnilička, Klinika dětské chirurgie a traumatologie Brno

Složitější odchylky ženského genitálu, ke kterým dochází anomálním vývojem urogenitálního sinu, patří mezi málo časté vrozené vady, se kterými se urolog setkává. Autoři ve svém sdělení formou krátké kazuistiky popisují chirurgický zákrok u pacientky se základní diagnózou adrenogenitálního syndromu, u níž byla krátká atretická vagina spojena filiformní píštělí s uretrou.

Obtížnost operace spočívala právě v lokalizaci této píštěle a nutnosti velmi jemné preparace v oblasti uretrálního svěrače. Kaudální část pochvy pak nedosahovala úrovně introitu, ale končila několik cm nad úrovní perinea.

Pacientka byla řešena plastikou podle Hendrena a Stefana - pull through. Popsán postup operace a její výsledek s použitím fotodokumentace.

Pacientka zhojena, plně kontinentní, plastika je funkční, s volně průchodným introitem.

52. LOKÁLNĚ POKROČILÉ I. STÁDIUM SYFILIS - DIAGNOSTIKA A LÉČBA Z POHLEDU UROLOGA

L. Zámečník, R. Trýzna, Urologická klinika VFN Praha, I. kožní klinika VFN Praha

Autoři prezentují formou kazuistiky záchyt lokálně pokročilého I. stádia získané syfilis, destruuující zevní genitál 22-letého muže. S nutností operačního řešení parařimózy, dočasné derivace moče epicystostomií a vzhledem k celkovému stavu při zahájení antibiotické léčby a poruše hemokoagulace při základním onemocnění i nutnosti intenzivní péče.

Při vzrůstající incidenci pohlavních chorob zdůrazňují:

- 1) nutnost důsledné diferenciatní diagnostiky afekcí zevního genitálu k vyloučení pohlavních chorob
- 2) komplexní mezioborovou péči o tyto nemocné, vyžaduje-li to jejich zdravotní stav