

Aktuality v dětské urologii 2014

Konference dětských urologů,
nefrologů a pediatriů

Pavel Zerhau
Radim Kočvara



Aktuality v dětské urologii 2014

29.–31. 5. 2014, Kurdějov

Konference dětských urologů,
nefrologů a pediatriů

Pavel Zerhau
Radim Kočvara

OBSAH

Sponzoři kongresu	3
Odborný program kongresu	5
Pátek 30. 5.	7
Sobota 31. 5.	12
Společenský program	15
Programme	17
Friday 30/05/2014	18
Saturday 31/05/2014	23
Mapa	26
Abstrakta	27
Tiráž	64

 **APOGEPHA**

 **HOSPIMED**®

FERRING

PHARMACEUTICALS

HARTMANN


OLYMPUS

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Bochemie® 

Teleflex®

Laparo —————
Tech Instruments

 **UROTECH**
Leading Urotechnology Made in Germany

*ADVA*med
advanced medicine



Konference dětských urologů, nefrologů a pediatriů

29.–31. 5. 2014

Kurdějov

Registrace:

Hotel Adina, hotelový komplex Kurdějov

čtvrtek 29. 5. 2014

16.00–18.00 hod.

pátek 30. 5. 2014

8.00–9.00 hod.

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK

Odborný program

Pátek 30. 5. 2014

Přednáškový sál, hotelový dům Adina

Dopolední program

8.45

Zabíjení

9.00–10.20

Megauretery I.

Kočvara, Zerhau

1. Ultrazvukové, scintigrafické a klinické nálezy u operovaných megaureterů na Urologické klinice FN Olomouc – indikační kritéria operace

Šmakal O., Šarapatka J., Vrána J., FN a LFPU Olomouc

8 min

2. Přínos radionuklidových metod v diagnostice a sledování dětí s megaureterem

Chroustová D., Langer J., Urbanová I., Doležalová Š., VFN a 1. LFUK Praha

8 min

3. Jak častý je výskyt vezikoureterálního refluxu u dětí s asymptomatickým jednostranným megaureterem?

Flögelová H., Stašková L., Šmakal O., Bakaj-Zbrožková L., FN a LFPU Olomouc

8 min

Diskuse

10 min

4. Soubor nemocných s megauretery v období 2004–2013

Novák I., Kuliaček P., FN a LFUK Hradec Králové

8 min

5. Terapie primárních megaureterů na KDCHOT v období 2003–2013

Kubát M., Zerhau P., Husár M., FN a LFMU Brno

8 min

6. Primární obstrukční megaureter

Kříž J., Pýchová M., Morávek J., FNM a 2. LFUK Praha

8 min

Diskuse

10 min

10.20–10.40

Přestávka, občerstvení

10.40–11.50

Megauretery II.

Novák, Flögelová

7. Je založení přechodné odlehčovací uretero/vezikostomie přínosné z hlediska nálezů dilatace močového a funkce ledviny?

Novák I., Kuliaček P., FN a LFUK Hradec Králové

8 min

8. Vývoj neoperovaných nerefluktujících megaureterů v dlouhodobém sledování

Kuliáček P., Novák I., Rejtar P., FN a LFUK Hradec Králové

8 min

9. Nemocní po vysokých anastomózách zdvojených systémů s megaureterem horní moiety

Novák I., Kuliáček P., FN a LFUK Hradec Králové

8 min

Diskuse

10 min

10. Primární obstrukční megaureter – přehledná přednáška

Drlík M., VFN a 1. LFUK Praha

15 min

Diskuse

10 min

12.00–13.00

Oběd (Hotelový dům Vlnař)

Odpolední program

13.15–14.30 Rekonstrukce v dětské urologii I. Kříž, Šmakal

11. Dlouhodobé zkušenosti s kontinentní vezikostomií v dětském věku

Husár M., Zerhau P., Kubát M., FN a LFMU Brno

8 min

12. Využití kontinentní nálevové apendikocékostomie (MACE) u dětských urologických pacientů

Husár M., Zerhau P., Tůma J., Kubát M., FN a LFMU Brno

8 min

13. VQZ-plasty for Mitrofanoff and Malone stoma

Kudela G., Koszutski T., Utrata W., Mikosiński M., Bobosiewicz J., Katowice

8 min

Diskuse

10 min

14. Dlouhodobé výsledky řešení exstrofí močového měchýře u dívek paraexstrofickými kožními laloky

Zerhau P., Husár M., Kubát M., FN a LFMU Brno

8 min

15. Spontánní ruptura neaugmentovaného močového měchýře u pacienta s extrofií měchýře

Pýčbová M., Rygl M., Zeman L., Dítě Z., Kočvara R.,

FNM a 2. LFUK, VFN a 1. LFUK Praha

8 min

Diskuse

10 min

14.30–14.40

Přestávka

14.40–15.30

Rekonstrukce v dětské urologii II.

Morávek, Vrána

16. Je nutné zavedení uretrálního stentu při operaci distální hypospadiie?

Vrána J., Šmakal O., Šarapatka J., Hartmann I., FN a LFPU Olomouc

8 min

17. Does urethral stenting after Mathieu procedure for hypospadias repair influence the outcome?

Koszutski T., Kudela G., Bunarowska M., Mikosiński M., Utrata W., Bobosiewicz J., Katowice

10 min

18. Problematika přístupu k chirurgii kožního krytu penisu

Novák I., Kuliaček P., FN a LFUK Hradec Králové

8 min

Diskuse

10 min

15.30–15.45

Přestávka, občerstvení

15.45–16.30

Nádory v dětském věku

Zerhau, Morávek

19. Primární lymfangiom skrota u 17ti letého pacienta – kazuistika

Kubát M., Zerhau P., Doležel J., Husár M., FN a LFMU Brno, MOÚ Brno

8 min

**20. Chirurgické možnosti řešení rhabdomyosarkomu pánve u mladé pacientky
v rámci multimodálního přístupu – kasuistika**

Macík D., Doležal J., Múdry P., Zerhau P., Staník M., Čapák I.,

MOÚ Brno, FN a LFMU Brno

8 min

**21. Využití extraanatomického pyelo-vezikálního stentu u dětské pacientky
s neuroblastomem**

Husár M., Zerhau P., Kubát M., FN a LFMU Brno

8 min

Diskuse

10 min

16.30–16.45 State of the art lecture:

22. Vyšetření moči – mikrobiologická diagnostika, doporučené postupy, interpretace nálezů

Janda J., Běbrová E., PK a Ústav lékařské mikrobiologie, FNM a 2. LFUK Praha

17.00–18.00 Zasedání Pediatrické sekce ČUS

20.00

Společenský večer Hotelový dům Vlnař

Odborný program

Sobota 31. 5. 2014

Přednáškový sál, hotel Adina

23. Neurogenní močový měchýř mezi dětstvím a dospělostí

*Dítě Z., Kočvara R., Sedláček J., Drlík M., Smičková Z., Hanuš T.,
VFN a 1. LFUK Praha*

10 min

24. Elektromyografie pánevního dna v diagnostice dysfunkcí dolních močových cest

*Kocábová R., Horáček H., Nobáčová A., Vránová J., Drbohlavová S., Dítě Z.,
VFN a 1. LFUK Praha*

8 min

25. Experimentální využití močového měchýře králíka – co lze a nelze očekávat

*Zerhau P., Mackerle Z., Husár M., Brichtová E., Sochůrková D., Göpfert E., Faldyna M., Kubát M.,
FN, FN UšA a LFMU Brno, VÚVeL Brno*

10 min

26. Chlopně zadní uretry – 25 leté zkušenosti

Holý P., Kočvara R., VFN a 1. LFUK Praha

8 min

27. Comparison of treatment methods for urolithiasis in children with the application of ESWL and URSL methods

Haliński A., Haliński A., Zielona Góra

10 min

28. Flexible ureterorenoscopy as a new possibility of treating nephrolithiasis in children – preliminary reports

Haliński A., Haliński A., Zielona Góra

10 min

Diskuse

10 min

10.10–10.30 *Přestávka, občerstvení*

29. Perforace tlustého střeva při perkutánní extrakci konkrementu u dítěte, kazuistika

Drlík M., Kočvara R., Vobořil V., Chocholová S., Rousková B., Kríž J., VFN a 1. LFUK,

30. Papillary adenoma as a very rare renal tumor

Haliński A., Haliński A., Zielona Góra

10 min

31. Konzervativní postup při léčbě poranění ledviny u 16 letého pacienta

Skalka R., Fikoczek H., FN a LF Ostrava

8 min

32. Kontralaterální ektopie varlete: úloha laparoskopie

Kočvara R., Holý R., Sedláček J., Drlík M., Dítě Z., VFN a 1. LFUK Praha

8 min

**33. Pozitivní účinek desmopressinu s nootropikem při léčbě PME
(primární monosymptomatické enuresis) – osmileté zkušenosti**

Liška J., Sobotová Š., Holeček V., Kutšanová Š., Čechurová I., FN a LFUK Plzeň

10 min

Diskuse

12.00

Závěr konference

Společenský program

Čtvrtek 29. 5. 2014

- 18.00** **Bowlingový turnaj** – sportovní hala, hotelový dům Tenis
- 20.00–23.00** **Posezení ve sklípku** – HD Tenis,
hraje cimbálová muzika **Denica**

Pátek 30. 5. 2014

- 20.00–24.00** **Společenský večer** – restaurace HD Vinař
- 20.00–21.00** **vystoupení dětského folklorního souboru Hanýsek**
dále hraje a zpívá folklorní soubor **Hanýsek**
taneční hudba **DJ Mago**



Pediatric Urology and Nephrology Congress

May 29–31, 2014

Kurdějov

Registration:

Hotel Adina, hotel complex Kurdějov

Thursday 29/05/2014

16.00–18.00

Friday 30/05/2014

8.00–9.00

Programme

Friday 30/05/2014

Lecture hall, hotel Adina, hotel complex Kurdějov

The morning program

8.45

Opening ceremony

9.00–10.20	Megaureters I.	chair Kočvara, Zerhau
------------	----------------	-----------------------

1. Ultrasound, scintigraphy and clinical findings in patients with operated megaureters in the University hospital Olomouc. Indication for operative treatment

Šmakal O., Šarapatka J., Vrána J., FN, LFPU Olomouc 8 min

2. Contribution of radionuclide imaging in diagnostics and monitoring children with megaureters

Chroustová D., Langer J., Urbanová I., Doležalová Š., VFN, 1. LFUK Praha 8 min

3. How frequent is the occurrence of a vesicoureteral reflux in children with asymptomatic unilateral megaureter?

Flögelová H., Stašková L., Šmakal O., Bakaj-Zbrožková L., FN, LFPU Olomouc 8 min

Discussion 10 min

4. The group of patients with megaureters, 2004–2013

Novák I., Kulíček P., FN, LFUK Hradec Králové 8 min

5. Therapy of primary obstructive megaureters at the Clinic of Paediatric Surgery, Orthopedics and Traumatology, 2003–2013

Kubát M., Zerhau P., Husár M., FN, LFMU Brno 8 min

6. Primary obstructive megaureter

Kříž J., Pýchová M., Morávek J., FNM, 2. LFUK Praha 8 min

Discussion 10 min

10.20–10.40 *Coffee break*

10.40–11.50	Megaureters II.	chair Novák, Flögelová
-------------	-----------------	------------------------

7. Is the establishment of temporary uretero-vesicostomy useful in terms of findings of ureter dilatation and renal function?

Novák I., Kuliaček P., FN, LFUK Hradec Králové

8 min

8. Long-term followup in non-operated non-refluxing megaureters

Kuliaček P., Novák I., Rejtar P., FN, LFUK Hradec Králové

8 min

9. High anastomoses of duplex systems in patients with cranial megaureters

Novák I., Kuliaček P., FN, LFUK Hradec Králové

8 min

Discussion

10 min

10. Primary obstructive megaureter – overview

Drlik M., VFN, 1. LFUK Praha

15 min

Discussion

10 min

12.00–13.00

Lunch-time (Hotel Vínář)

Afternoon programme

13.15–14.30

Reconstruction in pediatric urology I.

chair Kříž, Šmakal

11. Continent vesicostomy in childhood – long-term experiences

Husár M., Zerhau P., Kubát M., FN, LFMU Brno

8 min

12. Use of a Malone Antegrade Continent Enema /MACE/ in children patients

Husár M., Zerhau P., Tůma J., Kubát M., FN, LFMU Brno

8 min

13. VQZ-plasty for Mitrofanoff and Malone stoma

Kudela G., Koszłutski T., Utrata W., Mikosiński M., Bobosiewicz J., Katowice

8 min

Discussion

10 min

14. Paraexstrophic skin flaps as a solution of bladder exstrophy – long-term results

Zerhan P., Husár M., Kubát M., FN, LFMU Brno

8 min

15. Spontaneous rupture in non-augmented bladder exstrophy

Pýčková M., Rygl M., Zeman L., Dítě Z., Kočvara R.,

FN, 2. LFUK, VFN, 1. LFUK Praha

8 min

Discussion

10 min

14.30–14.40

Coffee break

14.40–15.30

Reconstruction in pediatric urology II.

chair Morávek, Vrána

16. Use of urethral stent in distal hypospadias repair: is the urethral stent necessary?

Vrána J., Šmakal O., Šarapatka J., Hartmann I., FN, LFPU Olomouc

8 min

17. Does urethral stenting after Mathieu procedure for hypospadias repair influence the outcome?

Koszutski T., Kudela G., Bunarowska M., Mikosiński M., Utrata W., Bobosiewicz J., Katowice

10 min

18. The issue of access to skin cover surgery of the penis

Novák I., Kuliaček P., FN, LFUK Hradec Králové

8 min

Discussion

10 min

15.30–15.45

Coffee break

15.45–16.30 Tumors in childhood chair Zerhau, Morávek

19. Primary lymphangioma of the scrotum in a 17 years old boy: a case report

Kubát M., Zerhau P., Doležal J., Husár M., FN, LFMU Brno, MOÚ Brno *8 min*

20. Surgical possibilities in a therapy of rhabdomyosarcoma of the pelvis in young female as a part of a multimodal approach – a case report

Macík D., Doležal J., Múdry P., Zerhau P., Staník M., Čapák I., MOÚ Brno, FN, LFMU Brno *8 min*

21. Use of extra-anatomical pyelo-vesical stent in a young female with neuroblastoma

Husár M., Zerhau P., Kubát M., FN, LFMU Brno *8 min*

Discussion *10 min*

16.30–16.45 State of the art lecture:

22. The urine examination – microbiological diagnostics, recommended algorithms and interpretation of findings

Janda J., Běbrová E., PK, Ústav lékařské mikrobiologie, FNM, 2. LFUK Praha

17.00–18.00 Meeting of pediatric division of CUS

20.00 *Evening social program in hotel Vínář, hotel complex Kurodějov*

Programme

Saturday 31/05/2014

Lecture hall, hotel Adina, hotel complex Kurdějov

23. Neurogenic bladder between childhood and adulthood

Dítě Z., Kočvara R., Sedláček J., Drlík M., Smítková Z., Hanuš T.,

VFN, 1. LFUK Praha

10 min

24. Pelvic floor electromyography in diagnostics of a lower urinary tract dysfunction

Kocábová R., Horáčková H., Nobáčová A., Vránová J., Drbohlavová S., Dítě Z.,

VFN, 1. LFUK Praha

8 min

25. Experimental use of rabbit urinary bladder – what we can and cannot expect

Zerbau P., Mackerle Z., Husár M., Brichtová E., Sochůrková D., Göpfert E., Faldyna M., Kubát M.,

FN, FN U&A, LFMU Brno, VÚVeL Brno

10 min

26. Posterior urethral valves – a twenty five years of experience

Holý P., Kočvara R., VFN, 1. LFUK Praha

8 min

27. Compararison of treatment methods for urolithiasis in children with the application of ESWL and URSL methods

Haliński A., Haliński A., Zielona Góra

10 min

28. Flexible ureterorenoscopy as a new possibility of treating nephrolithiasis in children – preliminary reports

Haliński A., Haliński A., Zielona Góra

10 min

Discussion

10 min

10.10–10.30 *Coffee break*

29. Large bowel perforation during percutaneous stone removal in a child – a case report

Drlík M., Kočvara R., Vobořil V., Chocholová S., Rousková B., Kříž J.,

VFN, 1. LFUK, FNM, 2. LFUK Praha

8 min

30. Papillary adenoma as a very rare renal tumor

Haliński A., Haliński A., Zielona Góra

10 min

31. A conservative therapy of kidney trauma in 16 years old patient

Skalka R., Fikoczek H., FN, LF Ostrava

8 min

32. Contralateral ectopy of the testis: the role of laparoscopy

Kočvara R., Holý R., Sedláček J., Drlík M., Dítě Z., VFN, 1. LFUK Praha

8 min

**33. A positive effect of desmopressin and nootropics in PME treatment –
eight years of experience**

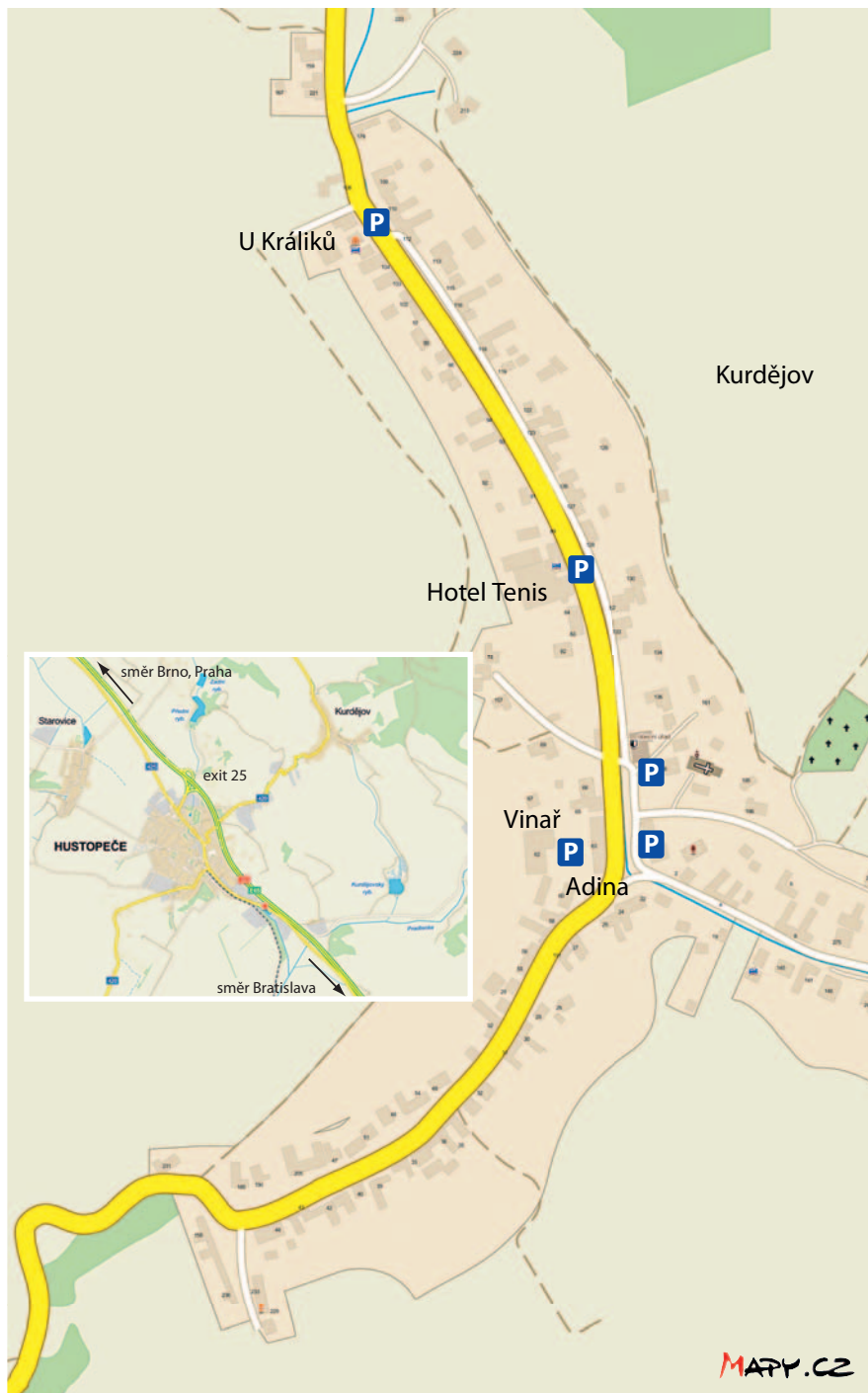
Liška J., Sobotová Š., Holeček V., Kuthanová Š., Čechurová I., FN, LFUK Plzeň

10 min

Discussion

12.00

Closure



Abstrakta

1. Ultrazvukové, scintigrafické a klinické nálezy u operovaných megaureterů na Urologické klinice FN Olomouc – indikační kritéria operace

Šmakal O., Šarapatka J., Vrána J.

Urologická klinika FN Olomouc

Cíl: Vyhodnotit ultrazvukové (UZ) a scintigrafické nálezy, způsob záchytu a klinický průběh u dětí operovaných pro megaureter na Urologické klinice FN Olomouc. Posoudit indikační kritéria k operaci u jednotlivých typu megaureterů.

Soubor a metody: Retrospektivně byly vyhodnoceny nálezy u 69 dětí operovaných v období 2009–13 pro primární obstrukční megaureter (POM), primární refluxní megaureter (PRM) a megaureter při duplexní ledvině (MDL). Byl sledován způsob záchytu megaureteru, výskyt akutní pyelonefritidy (APN) při ATB profylaxi. U zdvojené ledviny a při PRM byla hodnocena funkce ledviny DMSA scintigrafií, u PMO byla funkce a drenáž posouzena MAG3 scintigrafií. Při UZ vyšetření byl hodnocen předozadní (AP) průměr pánvičky, síla parenchymu a šíře močovodu.

Výsledky: Pro PRM bylo operováno 9 (13%) dětí, medián funkce ledviny byl 44%, medián AP byl 5mm, síly parenchymu 8mm a šíře močovodu 7mm. UZ screening zachytil 55,6% pacientů. Při ATB profylaxi byla APN u 3 (33,3%) pacientů. Pro POM bylo operováno 32 (46,4%) dětí. UZ screening zachytil 84,4% pacientů. Medián funkce ledviny byl 48%, u 27 (84,4%) dětí se prokázala závažná obstrukce. Medián AP byl 12mm, síly parenchymu 5mm a šíře močovodu 12mm. Při ATB profylaxi proběhla APN u 6 (16,8%) pacientů. Rekonstrukční operace pro MDL byla provedena u 15 pacientů (21,7 %), u 12 (80%) byla vada zachycena při UZ screeningu. Medián funkce horního pólu (UP) ledviny byl 14,3 %. Medián AP byl 10mm, síly parenchymu 5mm a šíře močovodu 11mm. Při ATB profylaxi byla APN u 8 (53,3%) pacientů. Heminefrektomie pro MDL byla provedena u 13 (18,8 %), u 12 (92,3%) byl záchyt při UZ screeningu. Medián funkce UP ledviny byl 5 %. Medián AP byl 17,5mm, síly parenchymu 4,5mm a šíře močovodu 12mm. Při ATB profylaxi mělo APN 4 (30,8%) pacienti.

Závěr: Operované PMO byly zachyceny převážně UZ screeningem, stupeň dilatace HMC a jednoznačný průkaz obstrukce byl hlavní indikací k operaci. U PRM byly UZ ukazatele méně vyjádřeny. Při indikaci k operaci byla zohledněna snížená funkce ledviny a výskyt APN při klinickém sledování. U MDL byl i přes včasný screeningový záchyt a ATB profylaxi častý výskyt APN, více u pacientů, kteří podstoupili rekonstrukční operaci. Hlavním indikačním kritériem při rozhodování mezi ablačním a rekonstrukčním typem operace byla funkce UP. UZ parametry byly u obou skupin srovnatelné.

2. Přínos radionuklidových metod v diagnostice a sledování dětí s megaureterem

Chroustová D.¹, Langer J.², Urbanová I.³, Doležalová Š.²

¹Ústav nukleární medicíny VFN a I. LF UK, Praha, ²Klinika dětského a dospělého lékařství VFN a I. LF UK, Praha, ³Dětské oddělení FN Bulovka, Praha

Cíl: Megauretery jsou třetí nejčastější vrozenou uropatií u dětí. Mohou doprovázet některé další vrozené vady urotraktu – např. zdvojený dutý systém. Vrozený megaureter bývá nejčastěji diagnostikován již prenatálně při rutinním prenatálním ultrazvukovém skríningu. V postnatálním sledování jsou vedle klíčových metod sonografie a MCUG indikované radionuklidové metody. V našem příspěvku prezentujeme rozbor nálezů scintigrafických metod u souboru pacientů vyšetřených v období posledních 5 let.

Soubor a metody: Vyšetřeno celkem 57 dětí (37 chlapců a 20 dívek) ve věku od 3 měsíců do 8 let. Primární megaureter mělo 46 dětí, přičemž nejvíce pacientů bylo s refluktujícím megaureterem – 19 dětí, s obstrukčním megaureterem – 15 dětí. Nerefluktující a neobstrukční megaureter mělo 12 dětí. Sekundární megauretr byl diagnostikován u 11 dětí, přičemž u 3 dětí s chlopní v zadní uretře, u 7 dětí s ureterokélou, u 1 dítěte s dysfunkcí močového měchýře. 30 dětí bylo vyšetřeno opakovaně. Bylo provedeno 52 dynamických scintigrafií s aplikací diuretika pomocí ^{99m}Tc MAG 3 (merkaptocetyltri-glycin) a 64 statických scintigrafií pomocí ^{99m}Tc DMSA (kyselina dimerkaptojantarová). U 14 dětí bylo provedeno obojí vyšetření.

Výsledky: U 8 dětí, které měly provedenu pouze dynamickou scintigrafii, byla u 4 z nich diagnostikována porucha v odtoku. U 14 dětí s provedenou dynamickou a statickou scintigrafií (u většiny opakovaně) byl (kromě jednoho dítěte) patologický nález ve smyslu funkční asymetrie a polovina z nich měla známky parciální obstrukce. U 35 dětí byla provedena pouze statická scintigrafie (jednou nebo opakovaně), přičemž patologický nález mělo 34 z nich, pouze u jednoho dítěte byl nález se symetrickou funkcí a bez parenchymových změn. V práci jsou prezentovány nejzajímavější nálezy dynamické a statické scintigrafie.

Závěr: Prioritou radionuklidových metod je určení funkční zdatnosti ledvin. Dynamická scintigrafie s aplikací diuretika je indikována u obstrukčních megaureterů (kromě funkce informuje o odtokových poměrech). Statická scintigrafie ledvin pak určí přesnější poměr separované funkce ledvin a stav funkčního parenchymu s případnými pozánětlivými ložiskovými změnami nebo při zdvojení (duplicitě) ledviny hypofunkční či afunkční tkáň příslušného segmentu.

3. Jak častý je výskyt vezikoureterálního refluxu u dětí s asymptomatickým jednostranným megaureterem?

Flögelová H.¹, Stašková L.¹, Šmakal O.², Bakaj-Zbrožková L.³

¹Dětská klinika, ²Urologická klinika, ³Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Cíl: Při nálezu jednostranného megaureteru při ultrazvukovém (UZ) screeningovém vyšetření je doporučeno provedení mikční cystourethrografie (MCUG) k vyloučení vezikoureterálního refluxu (VUR) a chlopně zadní uretry (PUV) u chlapců.

Cílem naší studie bylo zjistit, kolik dětí s jednostranným megaureterem a bez anamnézy infekce močových cest (IMC) mělo v mladém kojeneckém věku diagnostikován VUR. Dalším cílem bylo zhodnotit, zda časné provedení MCUG ovlivnilo další léčebný postup a zda toto invazivní vyšetření musí být realizováno v prvních 3 měsících věku.

Soubor a metody: Retrospektivně jsme prozkoumali záznamy všech dětí, kterým byla ve FN Olomouc v období 2005–2012 provedena MCUG. Vybrali jsme skupinu dětí s jednostranným megaureterem (močovod širší 7 mm a více) zjištěným při pre/postnatálním UZ screeningu které do doby provedení MCUG neprodělaly IMC. U všech se jednalo o megaureter typu II nebo III dle Pfister-Hendrenovy klasifikace. Ze sledovaného souboru jsme vyloučili děti s oboustrannou vadou ledvin, se zdvojením dutého systému ledviny, s ureterokélou, s UZ nebo klinickými známkami subvezikální obstrukce. U pacientů jsme sledovali výskyt VUR, podávání antibiotické (ATB) prevence, poměrnou funkci ledviny s megaureterem, operační řešení megaureteru a výskyt febrilních IMC.

Výsledky: MCUG byla provedena u 89 dětí (61 chlapců, 28 dívek) s jednostranným megaureterem ve věku 0,5–6 měsíců (medián chlapci 2,5 měsíce, dívky 2,8 měsíce). Šíře močovodu v celém souboru byla na začátku sledování 7 až 20 mm, průměr 10 mm, medián 9 mm. U 20 dětí (22%) byl na straně megaureteru prokázán VUR III. až V. stupně. V dalším průběhu se IMC vyskytovaly i přes podávání ATB prevence a byly častější u dětí s VUR (6 z 20 dětí) než u nerefuxního megaureteru (7 z 69 dětí). Operační řešení megaureteru bylo častěji indikováno u refluxního megaureteru (15 z 20 dětí) než u primárního obstrukčního megaureteru (28 z 69 dětí), věk dětí v době operace byl 3 až 24 měsíců.

Závěr: V našem souboru dětí s asymptomatickým megaureterem byl VUR zjištěn u 22% dětí, u všech se jednalo o VUR III.–V. stupně. Žádný chlapec neměl nález PUV. Na základě našich zkušeností doporučujeme provedení MCUG kolem 6 týdnů věku u obou pohlaví při megaureteru typu III se závažnou hydronefrózou. U chlapců je MCUG indikována ještě dříve, pokud jsou přítomny ultrazvukové a/nebo klinické známky PUV. U ostatních dětí lze MCUG odložit až po 3. měsíci věku za současného podávání ATB prevence a opakovaných kontrolních UZ vyšetření.

4. Soubor nemocných s megauretery v období 2004–2013

Novák I., Kuliáček P.¹

Dětské oddělení Urologické kliniky, ¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie

Fakultní nemocnice a LFUK Hradec Králové

Cíl: Rozbor etiopatogenezy, diagnostiky a léčby nemocných s megauretery.

Soubor a metody: Retrospektivní rozbor souboru léčených v letech 2004–2013 pro diagnózu megaureteru. Po narození do 18 let léčeno 86 nemocných se 101 megaureteru. Většinou diagnostikováno ultrasonografickým screeningem. V souboru bylo 43 chlapců a 43 dívek. Oboustranné postižení u 15 nemocných. V diagnostice a k sledování použito ultrasonografie, mikční cystografie, a izotopového scanu ledvin, výběrově magnetické rezonance, IVU, uretrocystoskopie, urodynamické vyšetření. U 69 močovodů s příčinou obstrukce v ureterovezikálním spojení, u 32 močovodů vezikoureterální reflux, u 40 zdvojené ledviny. Pouhé sledování jsme indikovali u 4 nemocných. Endoskopické ošetření u 24 ureterokél a 4 chlopni zadní uretry. U nestabilních založeno 10 uretero a 9 vezikostomií. Primární UCNA u 15 nemocných, u dalších 10 společně s modelací močového, jedna laparoskopická nefrektomie a jedna nefroureterektomie z klasického přístupu. U zdvojených systémů 14 heminefroureterektomií (HNU) a 9 vysokých anastomóz. Všichni nemocní jsou dlouhodobě dispenzarizováni.

Výsledky: Konzervativně sledovaní jsou stabilní nevyžadující intervenční zásah. Všichni nemocní po operacích se zhojili, obecně docházelo k poklesu v dilataci močovodů, nárůstu parenchymu. Laboratorní funkce byly trvale stabilizovány. Isotopové scany stabilní či zlepšující se. U 3 se objevil nově reflux. U většiny nemocných přetrvávala dilatace kalichopánvičkového systému. U 3 významně pooperačně poklesla funkce ledvin.

Závěr: Megauretery jsou závažnou vadou, ohrožující funkci ledvin. Nejzávažnější prognózu mají oboustranné postižení, zejména spojené s neurogenním postižením měchýře nebo vznikající v důsledku chlopenní vady zadní uretry. Rozhodnutí indikace, naplánování operačního řešení, nemusí být jednoduché. U závažných poruch je přechodná volba v založení odlehčující derivaci.

5. Terapie primárních megaureterů na KDCHOT v období 2003–2013

Kubát M., Zerhau P., Husár M.

Urologické oddělení KDCHOT FN a LF MU Brno

Cíl: Retrospektivně zhodnotit terapii primárních megaureterů na našem pracovišti za 10 let. Vyhodnotit indikace jednotlivých typů megaureterů k operační či konzervativní terapii. Zhodnotit stav operovaných pacientů s primárním megaureterem na KDCHOT.

Soubor a metody: Mezi lety 2003–2013 bylo u nás léčeno 76 pacientů s primárním megaureterem. Z toho 24 pro primární obstrukční megaureter, 25 pro primární refluxní megaureter, 27 pro primární nerefuxní, neobstrukční megaureter. Indikací k operaci primárního obstrukčního megaureteru (20 pacientů) byla snižující se relativní funkce ledviny (medián 27%), progresse dilatace či výskyt pyelonefritid. Indikací k operačnímu řešení primárního refluktujícího megaureteru, provedeného u 21 pacientů, byla snižující se funkce ledviny (medián 21%), vezikoureterální reflux (gr. IV, V) a opakované pyelonefritidy. Zároveň jsme léčili 59 megaureterů při duplicitním dutém systému ledvin, které do tohoto souboru nezahrnujeme.

Výsledky: Sledujeme 20 pacientů po operaci primárního obstrukčního megaureteru. U 18ti operovaných pacientů (90%) došlo k regresi dilatace dutého systému, bez infektů, funkce ledvin stabilizovány. U 2 pacientů (10%) byla pro následný výskyt refluxu nutná reoperace. Konzervativně léčíme 4 pacienty s primárním obstrukčním megaureterem a dobrou funkcí ledvin (medián 36%). U 21 operovaných pacientů pro refluxní megaureter sledujeme 18 pacientů (85,5%) bez komplikací, bez zajištění ATB, bez VUR. 3 pacienti (14,5%) pro VUR a pokračující pokles funkcí ledviny reoperováni. Konzervativně léčíme 4 pacienty s VUR gr. II–IV s dobrou funkcí ledviny (medián 41%). 27 pacientů s nonrefluxním, neobstrukčním megaureterem léčíme konzervativně. Z operačních řešení volíme převážně resekci a reimplantaci dle Cohena nebo Politano-Leadbettera.

Závěr: Dle klinického stavu, funkce ledvin a typu megaureteru volíme konzervativní terapii nebo operační řešení. Při indikaci k operaci je třeba brát v potaz závažnost patologického nálezu v souvislosti s klinickým stavem a funkcí ledviny. S operačním zákrokem se snažíme vyčkat a volíme jej při zhoršování.

6. Primární obstrukční megaureter

Kříž J., Pýčková M., Morávek J.

Klinika dětské chirurgie FN Motol a 2. LF UK Praha

Cíl: Stanovit kritéria diagnózy obstrukčního megaureteru u dětí, určit indikace k operačnímu léčení a indikace k modelaci megaureteru. Zhodnotit soubor operovaných dětí s primárním obstrukčním megaureterem na Dětské chirurgické klinice v Motole.

Soubor a metody: Primární obstrukční megaureter je patologicky rozšířený močovod s absencí refluxu. Příčinou dilatace močovodu je adynamický úsek terminální části močovodu. Diagnostika: ultrasonografie, dynamická scintigrafie ledvin a mikční cystografie. Zlatým standardem operační léčby je reimplantace podle Politano-Laedbettera, podle operačního nálezu event. s modelací močovodu.

V letech 2000–2013 jsme na Dětské chirurgické klinice FN Motol operovali 35 dětí pro primární obstrukční megaureter ve věku 1 měsíc až 11 let (medián 12 měsíců, průměr 21 měsíců). Provedli jsme 27× reimplantaci a 8× reimplantaci s modelací megaureteru.

Výsledky: Po 3–6 měsících jsme u dětí kontrolovali dynamickou scintigrafii ledvin a mikční cystografii. U 30 dětí jsou kontroly bez refluxu a bez obstrukce, 4× jsme zjistili přechodný vezikorenální reflux a jeden pacient byl reoperován pro obstrukci v ureterovezikální junkci.

Závěr: Kritériem operační léčby megaureteru je nárůst dilatace a porucha funkce ledviny. Optimálním chirurgickým výkonem je resekce a reimplantace megaureteru. Modelaci močovodu indikujeme v krajním případě atonie stěny močovodu i po resekcí adynamického úseku při operaci.

“Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN Motol)“

7. Je založení přechodné odlehčovací uretero/vezikostomie přínosné z hlediska nálezů dilatace močovodu a funkce ledviny?

Novák I., Kulíček P.¹

Urologická klinika, dětské oddělení, ¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie

Fakultní nemocnice a LFUK Hradec Králové

Cíl: Zhodnocení stavu dilatací močovodu a funkce ledvin u operovaných dětí s obstrukčními/reflexními megauretery po přechodně založení ureterostomií nebo vezikostomií před definitivním rekonstrukčním výkonem.

Soubor a metody: Retrospektivně vyhodnocen soubor operovaných v letech 2004–2013. Porovnávány nálezy dilatace močovodu a funkce ledvin před, po založení odlehčovací stomie a následně po definitivní rekonstrukční operaci. V daném období operováno 19 pacientů (13 refluxních, 12 obstrukčních a 4 refluxně-obstrukční megauretery). Založeno 10 ureterostomií a 9 vezikostomií. Hodnoceno všech 19 nemocných. Definitivní rekonstrukce u vezikostomií 3× uzávěr bez přesazení močovodu, 4× s UCNA, 2× s UCNA a modelací. U ureterostomií 8× uzávěr s UCNA bez modelace, jednou uzávěr a UCNA s modelací. Jednou zatím bez zpětné konverze ureterostomie. Funkce u 5 ledvin vstupně dle isotopového vyšetření významně snížena (21...12...24...24...15%). U 2 pacientů projevy přechodného ledvinného selhávání s S kreatinin 300...120 umol/l. Sonograficky dilatace močovodu juxtavezikálně od 7–28 mm (Ø 18,6 mm).

Výsledky: Po derivaci se funkce ledvin stabilizovaly u 21 z 29 ledvin. U 4 ale došlo k dalšímu významnému poklesu o 7–15% (jednou již těžce hypofunkční ledvinu (z 12 na 5%), u dalších 3 ale s původně dobrou funkcí z 44/36%, z 48/33% a z 46/32%). U 4 ledvin došlo k zlepšení funkce o 9–18% (z 21/30%, 24/53%, 15/28% a 38/56%). U všech pacientů na založené derivaci klesla hladina S kreatininu. Žádný pacient nevyžadoval dialyzační léčbu. Dilatace močovodu poklesly u všech (0 do 19 mm) (Ø 3,8 mm). Po definitivní operaci se ledvinné funkce neměnily, vyjma jednoho zhoršení. Nedošlo k projevům selhávání ani u jednoho z operovaných. Dilatace močovodu se neměnily u 11 nemocných. K dalšímu poklesu došlo u 5 pacientů, naopak zhoršení dilatace jsme pozorovali u 3 nemocných.

Závěr: V případech závažných megaureterů s poruchou ledvinné funkce lze založením přechodné derivace moče dosáhnout dlouhodobé stabilizace, či dokonce zlepšení funkce postižené ledviny. Část ledvin i při úspěšném založení derivace, jeví tendenci k postupnému progresivnímu poklesu ve funkci.

8. Vývoj neoperovaných nerefluktujících megaureterů v dlouhodobém sledování

Kulišček P.^{1,2}, Novák I.¹, Rejtar P.³

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

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

³*Radiologická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové*

Cíl: Rozbor vývoje megaureterů, které nebyly indikovány k operačnímu řešení v dlouhodobém pohledu.

Soubor a metody: Do retrospektivní studie bylo zařazených 12 pacientů, kteří se narodili v letech 2000–2004 a byli sledováni na naší ambulanci pro nerefluktující megaureter. V současné době je pacientům 9–14 let. U těchto pacientů jsme vyloučili reflux VUR a při scintigrafickém vyšetření ledvin byla až na jednoho dobrá funkce ledvin. U 2 pacientů byl nález oboustranný, proto jsme celkově hodnotili 14 močovodů, vlevo 8 a vpravo 6. Převažovali chlapci – 10, dívky – 2. Medián sledování byl 9 let.

Výsledky: Během sledovaného období došlo u 8 ze 14 dilatovaných močovodů ke zmenšení až vymizení dilatace (57 %). U 6 pacientů přetrvává dilatace močovodu a to: 8, 9, 13, 18, 20, 40 mm dle posledního vyšetření. Močovody, kterých průměr byl při iniciálním vyšetření maximálně 10 mm, tak u všech vymizela dilatace. Močovody s průměrem přes 15 mm neměli tendenci ke zmenšení. Močovody v rozmezí prům. 11–15 mm zůstávají stacionární nebo se postupně zmenšuje jejich dilatace. Renální funkce až na 1 případ jsou minimálně 45 %. Ve zbylém případě s funkcí 10 % a prům. močovodu 20 mm rodiče odmítají operaci. V případech největší dilatace močovodu jsou dobré renální funkce, rodiče dávají přednost sledování. U 10 močovodů je interval zmenšení až vymizení dilatace v rozmezí 1–9 let, medián 3,75 roku. U 4 močovodů s přetrvávající dilatací nad 10 mm je interval sledování 5–12 let.

Závěr: Většina dilatací močovodů zjištěných prenatalně nebo v kojeneckém věku se spontánně zmenší nebo vymizí. Dilatace přetrvává jen u menší části močovodů, jejíž prům. na začátku je 11 mm a více. Důležité je sledovat každoročně další vývoj dilatace při ultrazvukovém vyšetření ledvin a močových cest. Dále je potřebné sledovat funkci ledvin při scintigrafickém vyšetření. Při významném poklesu funkce ledviny nebo při opakovaných infekcích močových cest je indikováno operační řešení.

9. Nemocní po vysokých anastomózách zdvojených systémů s megaureterem horní mojety

Novák I., Kuliaček P.¹

Urologická klinika – dětské oddělení, ¹Oddělení dětské chirurgie a traumatologie

Fakultní nemocnice a LFUK, Hradec Králové

Cíl: Zhodnocení výsledků rekonstrukčních operací na duplexním systému ledviny s megaureterem horní mojety (sono, scintigrafie, klinický stav).

Soubor a metody: Retrospektivní vyhodnocení nemocných po vysokých anastomózách duplexních systémů s megaureterem horní mojety provedených v letech 2004–2013. Provedeny 3× uretero-uretero, 4× pyelo-uretero a 2× pyelo-pyelo anastomózy. Častěji postiženy dívky (7×). Jedné anastomóze předcházela druhostranná heminefroureterektomií, jednou byla pyelo-pyelo anastomóza doplněna ureterostomií. V 7 případech šlo o ektopický močovod horní mojety, jednou spojen s refluxem, 1× ektopická ureterokéla, jednou ektopická ureterokéla horní mojety a refluxní megaureter dolní mojety. Operace u 8 nemocných indikována do dvou let věku. Jednou diagnostikována a operována ureterická inkontinence u 5 leté dívky. Na vstupním ultrasonogramu dilatace pánvičky horní mojety do 40mm, transversálně do 20 mm. Kalichy byly zcela nediferencovatelné, nebo dilatované na 15 mm, u dvou ale nedilatovány. Močovody širší od 8 do 17 mm. Parenchym bez redukce (8–10mm) nebo redukován až na 2mm. Funkce vstupně na DMSA spect scanem postižených ledvin 40–49%, specificky horních mojet 19–40%.

Výsledky: Pokles dilatace u všech (pánvičky do 26×12 mm, transversálně 15mm). U všech nárůst parenchymu na sílu >4mm. U 7 nemocných vymizely megauretery, u 2 dilatace s regresí ze 14 na 7mm a 17 na 12mm. U tří pooperačně nevýznamná dilatace KP systému dolní mojety od 6–12mm, kalichů do 3mm. Pooperační DMSA scan stabilní, nebo zlepšení funkce horní mojety oproti předoperačním. Pro pooperační urinosní sekreci 2× zaveden stent, bez nutnosti operační intervence. Dva nemocní si však vyžádali otevřenou revizi (1× krvácení z pahýlu megaureteru, 1× urinosní leak z dehiscence anastomózy). Hojení po revizi probíhalo nekomplikovaně. Všichni nemocní sledováni, klinicky bez potíží.

Závěr: Provedení vysoké anastomózy u funkčního segmentu vykazuje dobré anatomické i funkční výsledky. Nutno počítat s komplikacemi, které je možno řešit endoskopicky, nebo si žádají operační revizi. Prevenci vidíme v pečlivém koagulování resekovaného močovodu s jeho podvazem a založením odlehčovací derivace.

10. Primární obstrukční megaureter – přehledná přednáška

Drlík M.

VFN a LFUK Praha

Abstrakta nedodána.

11. Dlouhodobé zkušenosti s kontinentní vezikostomií v dětském věku

Husár M., Zerhau P., Kubát M.

Urologické oddělení KDCHOT FN a LF MU Brno

Cíl: Zhodnocení dlouhodobých zkušeností s kontinentní vezikostomií u dětí na pracovišti KDCHOT FN Brno, srovnání výsledků techniky Mitrofanoff a Monti.

Soubor a metody: V letech 2003–2014 bylo na našem pracovišti sledováno 36 pacientů s kontinentní vezikostomií (25 děvčat, 11 chlapců), kteří zde byli také operováni. Jejich primární diagnózy byly: míšní dysrafismus 19×, syndrom kaudální regrese 2×, exstrofie močového měchýře 8×, urogenitální sinus 4×, chlopeč zadní uretry 1×, rhabdomyosarkom močového měchýře 1×. Průměrný věk při vytvoření stomie byl 9,9 roku (4–18 let). U 30 pacientů byla vytvořena stomie z appendixu (Mitrofanoff), u 6 pacientů z ilea (Monti). Konstrukce vezikostomie byla spojena s vytvořením neoveziky 9×, s augmentací měchýře 21×, bez zásahu na měchýři 6×. U 3 pacientů byla současně vytvořena nálevová stomie (MACE). Indikací k vezikostomií byla neschopnost dostatečné spontánní mikce a současně nemožnost čisté intermitentní katetrizace uretrou. Retrospektivně byla hodnocena kontinence stomie, stenotizace a výskyt infekcí močových cest.

Výsledky: U stomií z appendixu bylo dosaženo úplné kontinence u 25 pacientů, u 5 docházelo k únikům při přeplnění měchýře (řešeno 2× posílením antirefluxního mechanismu). Stenóza byla pozorována u 9 pacientů (řešeno 1× změnou na Monti, 5× dilatace, 3× Y–V discize zevního ústí). Kromě vyřešení evakuace měchýře došlo k významnému snížení infekčních atak po zavedení ČIK přes stomii u 4 pacientů. U pacientů se stomií z ilea (Monti) bylo dosaženo úplné kontinence u 3 pacientů, k únikům moče při přeplnění měchýře docházelo u 3 (řešeno antirefluxním posílením 1×). U jedné pacientky došlo ke kompletnímu uzavření nepoužívané stomie do 3 měsíců (řešeno vytvořením nové z ilea). Stenóza se vyskytla u 2 pacientů (řešeno dilatací). Ke redukci infekčních atak došlo u 2 pacientů.

Závěr: Použití kontinentních stomií je výhodné u pacientů s nutností ČIK a současnou nemožností použití uretry. V našem souboru pacientů je výskyt stenotizace apendikovezikostomie 30%, ileovezikostomie 33%, a to většinou u pacientů, kteří špatně spolupracovali nebo se přestali dočasně cévkovat. Kontinence je při dodržování přiměřené náplně měchýře úplná u obou typů stomií, cévkování navíc výrazně snižuje výskyt infekčních atak.

12. Využití kontinentní nálevové apendikocékostomie (MACE) u dětských urologických pacientů

Husár M., Zerhau P., Tůma J., Kubát M.

Urologické oddělení KDCHOT FN a LF MU Brno

Cíl: Shrnutí našich zkušeností s kontinentní nálevovou stomií (apendikocékostomií – MACE) u dětí s urologickou diagnózou na pracovišti KDCHOT FN Brno.

Soubor a metody: V letech 2003–2013 bylo na našem pracovišti operováno 7 pacientů, u kterých byla vytvořena kontinentní nálevová apendikocékostomie (2 chlapci, 5 děvčat). Průměrný věk v době operace byl 8,8 roku (3–12 roku). Základní diagnóza byla: míšní dysrafismus 4×, syndrom kaudální regrese 2×, dětská mozková obrna 1×. Indikace k vytvoření nálevové stomie byly těžké obstipace s/bez enkoprézy. U 5 pacientů byla stomie vytvořena otevřeným laparotomickým přístupem, 1× laparoskopicky asistovaně a 1× laparoskopicky, stomie byla vždy vyšita v pravém hypogastriu. U 3 pacientů byl appendix použit k vytvoření kontinentní apendikovezikostomie (Mitrofanoff) a současně k vytvoření nálevové apendikocékostomií (3× s augmentací močového měchýře).

Výsledky: Použitím kontinentní nálevové apendikocékostomie u dětí jsme zjistili dobrou odezvu a spokojenost. U pacientů trpících obstipací se zlepšilo vyprazdňování, u pacientů trpících enkoprézou také kontinence. U dvou pacientů došlo ke stenotizaci zevního ústí stomie (řešeno dilatací 1×, resekce kožní stenózy 1×), u jedné pacientky došlo k perforaci stomie (řešeno konzervativně, bez nutnosti operační revize). Kontinence stomií byla 100%, prolaps nebyl pozorován, u 1 pacienta se vyskytla nadprodukce hlenu z ústí stomie (řešeno transparentní folií – Tegaderm®).

Závěr: Nálevové kontinentní apendikocékostomie rozšiřují spektrum pomoci pacientům trpícím těžkou obstipací a inkontinencí stolice z enkoprézy při jejich základní diagnóze. Jsou elegantním řešením především pro případy, kdy není možné dosáhnout ideálního vyprazdňování medikamentózně nebo nálevy přes konečník. Komplikace jsou minimální, operační provedení je možné v dnešní době provést i kompletně laparoskopicky.

13. VQZ-plasty for Mitrofanoff and Malone stoma

Kudela G., Koszutski T., Utrata W., Mikosiński M., Bobosiewicz J.

Department of Paediatric Surgery and Urology, Upper-Silesian Centre for Child's Health, Katowice

Purpose: The aim of the paper is description of the VQZ-plasty and assessment of its functional and cosmetic effects.

Material and methods: In years 2010–2013 the appendicular stomas have been performed in 16 children, aged 12–17 years; 12 girls and 4 boys. The catheters were kept in the stomas for 6 weeks. Then the Mitrofanoff stomas were catheterized, however the antegrade enemas were performed through the Malone stoma since the next day after the operation. The Mitrofanoff and Malone stomas were created as a separate procedure or in combination with other techniques: bladder augmentation, antireflux procedure or bladder neck plasty. Simultaneous Mitrofanoff and Malone stomas were done in 6 children. In these children Mitrofanoff was placed in umbilicus and Malone was connected to the skin by VQZ plasty.

The results of VQZ-plasty were compared to the results of the procedures performed on 15 children before 2010; in this time we performed simple skin V-flap connection to incised appendix.

Results: After VQZ-plasty no stomal stenosis was found. The exposed appendicular mucosa is observed in 1 boy. A larger number of complications were observed in the group of earlier operated children (simple V-plasty): injury and obstruction of the stoma, urine leakage and unaesthetic eversion of the mucosa.

Conclusion: The use of VQZ-plasty is associated with a low risk of complications and a good cosmetic effect.

14. Dlouhodobé výsledky řešení exstrofií močového měchýře u dívek paraexstrofickými kožními laloky

Zerban P., Husár M., Kubát M.

Urologické oddělení KDCHOT FN a LF MU Brno

Cíl: Shrnutí dlouhodobých funkčních a kosmetických výsledků řešení exstrofie močového měchýře uvedenou rekonstrukční metodou.

Soubor a metody: V letech 1997–2012 bylo na našem pracovišti u 7 dívek s exstrofií močového měchýře použito rekonstrukce uretry paraexstrofickými kožními laloky. 3× byla po 4–5 letech provedena ileocystoplastika, 1× sigmoideocystoplastika, 5× reimplantace močovodů. Plastika hrdla měchýře byla provedena 1×, uzávěr uretry s vytvořením kontinentního stomatu 1×. U dvou pacientek byla provedena iliotomie.

Výsledky: 6 pacientek zhojeno primárně, 1 po reoperaci. Intervaly vyprazdňování jsou 2–4 hodiny, 6 pacientek je plně kontinentních, 1 nejmladší nehodnotíme, ale močí ve věku přiměřených intervalech. Spontánně se vyprazdňuje 6 pacientek, 1 se cévkuje stomatem. Horní močové cesty jsou ve všech případech bez dilatace. Kosmetický efekt hodnotí dívky nebo jejich rodiče jako velmi dobrý 5×, dobrý 2×.

Závěr: s uvedenou metodikou, umožňující fyziologické zanoření rekonstruovaného měchýře do malé pánve, máme zejména u dívek velmi dobré zkušenosti. Při operaci do 24 hodin života není zpravidla nutná iliotomie a procento primárního zhojení je velmi vysoké.

15. Spontánní ruptura neaugmentovaného močového měchýře u pacienta s exstrofií měchýře

Pýchová M.¹, Rygl M.¹, Zeman L.¹, Dítě Z.², Kočvara R.²

¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, ²Urologická klinika 1. LF UK a VFN

Cíl: Spontánní perforace močového měchýře je komplikace popisovaná u augmentovaných měchýřů. Autoři prezentují kazuistiku 16letého pacienta s perforací neaugmentovaného měchýře.

Soubor a metody: Pacient s exstrofií měchýře byl operovaný a sledovaný na jiném pracovišti. Po narození byla provedená rekonstrukce měchýře, v 10 letech plastika hrdla měchýře, reimplantace močovodů a založená kontinentní apendikovezikostomie, kterou se intermitentně cévkoval. Urodynamická vyšetření opakovaně prokázala vyšší tlaky v měchýři, později byly tlakové poměry příznivější, kapacita měchýře se mírně zvětšila, ve 14 letech byly mikční objemy kolem 250 ml, chlapec byl plně kontinentní. V 15 letech podstoupil plastiku epispadické uretry, krátce poté úpravu meatu. Při poslední kontrole přiznal, že se přestal cévkovat. Opět mu byla doporučena katetrizace 2–3× denně. 6 měsíců poté, v 16 letech, byl přijatý na naše pracoviště s obrazem náhlé příhody břišní. Bolesti břicha začaly náhle z plného zdraví, byly křečovitě, lokalizované do oblasti pupku, chlapec opakovaně zvracel, úraz popíral. Udával, že se stále nekatetrizuje. Ultrazvukové vyšetření břicha zobrazilo volnou tekutinu v dutině břišní, RTG snímek břicha byl bez pneumoperitonea, v laboratorním vyšetření byl vzestup CRP, bez leukocytózy. Při klinickém vyšetření byly přítomné známky peritoneálního dráždění, které spolu s anamnézou byly suspektní z perforace GIT. Indikovali jsme chirurgickou revizi, při které jsme našli difuzní pelveoperitonitidu, a po arteficiálním naplnění močového měchýře jsme prokázali perforovaný divertikl měchýře. Vedlejším nálezem byl Meckelův divertikl bez patologických změn, který jsme resekovali.

Výsledky: Pooperační průběh byl komplikován ileózním stavem, který si vynutil další revizi s rozrušením srůstů. Močový měchýř se zhojil bez komplikací, pooperační cystografie byla příznivá. Chlapec se začal několikrát denně katetrizovat.

Závěr: Pravidelná intermitentní katetrizace močového měchýře je prevencí ruptury močového měchýře. Při chirurgické revizi lze krytou perforaci přehlédnout, doporučujeme proto u pacientů s urologickou anamnézou revidovat močový měchýř naplněný.

16. Je nutné zavedení uretrálního stentu při operaci distální hypospadie?

Vrána J., Šmakal O., Šarapatka J., Hartmann I.

Urologická klinika, FN Olomouc

Cíl: Vyhodnotit, zda stentování neouretry při modifikované operaci sec. Mathieu ovlivní počet pozdních pooperačních komplikací a kvalitu mikce.

Soubor a metody: Byl vyhodnocen výskyt uretrokutánních píštělí, striktur uretry a kvality mikce u 57 pacientů v období od 1. 1. 2009 do 31. 12. 2013, u kterých byla provedena modifikovaná operace hypospadie sec. Mathieu. Indikací k operaci byla koronární nebo proximální penilní hypospadie. U 25 pacientů byla neouretra stentována cévkou CN1, u 32 pacientů již nebyl stent zaváděn. Všichni operovaní měli založenou punkční epicystostomii. Medián věku operovaných byl 42 měsíců (31–154). Operaci provedli 2 lékaři stejným operačním postupem. Uretrální ploténka byla ve střední čáře discidována, sutura ploténky s kožním lalokem byla provedena safilem nebo vicrylem 6/0, zevní ústí bylo vyšito vicrylem 7/0. U všech pacientů byla stejná pooperační péče. Kontrola po operaci s uroflowmetrií (UFM) byla provedena za 2 měsíce, druhá UFM byla uskutečněna za 10–12 měsíců. Sondáž uretry v celkové anestezii byla provedena před okluzí píštěle nebo při podezření na strikturu uretry dle UFM. Při UFM byl hodnocen tvar křivky a postmikční residuum.

Výsledky: Uretrokutánní píštěl o průměru 1–3 mm se vyskytla do měsíce po operaci u 6 (24%) pacientů se zavedeným uretrálním stentem a u 5 (15,6%) pacientů bez zavedeného stentu. Sondáž uretry před okluzí píštěle vždy vyloučila strikturu neouretry. Sondáž pro podezření na strikturu uretry dle UFM byla provedena ve skupině pacientů se stentem u 7 (28%) pacientů, ve skupině bez stentování uretry u 6 (18,7%) pacientů. Sondáž neprokázala strikturu uretry, mikce se upravila, operační řešení nebylo nutné.

Závěr: Zavedený uretrální stent při operaci hypospadie modifikovanou metodou dle Mathieu nesnížil počet uretrokutánních píštělí ani nutnost pooperační sondáže neouretry pro podezření na strikturu uretry.

17. Does urethral stenting after Mathieu procedure for hypospadias repair influence the outcome?

Koszyński T., Kudela G., Bunarowska M., Mikosiński M., Utrata W., Bobosiewicz J.

Departament of Paediatric Surgery and Urology. Upper Silesian Child's Health Centre in Katowice

Purpose: The aim was to assess the outcomes of the treatment of distal hypospadias using Mathieu procedure with and without urethral stenting.

Material and method: 132 boys with distal hypospadias were operated on using Mathieu method in years 2005–2011. Stenting catheters were left for 12–24 postoperative hours in 60 boys (group A), and in the rest 72 patients no catheters were left (group B). Preputioplasty was performed in all cases. The age of operated boys in group A was 7 months–13.5 years (av. 3.3 years); in group B: 6 months–16 years (av. 2.7 years). Boys in both groups were discharged home on the next day after the operation. The fistula formation, urethral stenosis and foreskin dehiscence were assessed.

Results: In group A: 4 boys (6.7%) had urethral fistula which were surgically repaired, 5 (8.3%) had foreskin dehiscence requiring redo correction and one patient (1.6%) had significant urethral stenosis requiring urethral dilatation in general anesthesia. In general 17% of patients in group A required next general anesthesia, in than number 15.4% had surgical redo operations. In group B: 3 boys (4.2%) had urethral fistula, 2 (2.7%) had foreskin dehiscence and 1 boy (1.4%) had both fistula and foreskin dehiscence. In general 8.3% patients in group B required redo operation.

Conclusions: Urethral stenting after Mathieu procedure for distal hypospadias repair does not influence the outcome of the treatment. Consequently the children after Mathieu procedure need short term hospitalization.

18. Problematika přístupu k chirurgii kožního krytu penisu

Novák I., Kuliček P.¹

Urologická klinika – dětské oddělení, ¹Oddělení dětské chirurgie

Fakultní nemocnice a LFUK Hradec Králové

Cíl: Rozbor indikací k provedení operace kůže penisu s přihlédnutím na předchozí konzervativní a neoperační přístupy.

Soubor a metody: Retrospektivní vyhodnocení 121 operovaných chlapců v letech 2004–2013. Anatomicky šlo o frenulum breve (7×), vrozenou fimózu (86×), fimózu + frenulum breve (22×), rozštěpenou nadbytečnou předkožku u hypospadie (1×), zanoření + rotaci penisu (1×) a 5× zanořený penis (2× web, 2× burnied). Chlapci byli operováni ve věku 4 měsíce až 17 let (v průměru 6,7 let). Vyjma rituálních cirkumcizí (57×), bylo předoperačně u 33 nemocných provedeno uvolnění konglutinací předkožky a u dalších 18 kongenitálních fimóz byly bez úspěchu lokálně v masti aplikovány kortikosteroidy. U těchto 51 chlapců byla v druhé době indikována operační korekce (13× ventrální či dorzální discize předkožky, 38× cirkumcize dle Buriana).

Výsledky: Průměrná doba všech operací byla 33 min., u vynoření penisu 86 min. Výkony byly vždy prováděny v celkové anestezii. U chlapců do 6 měsíců s jednodenní hospitalizací, u vynoření penisu 7 denní, u starších 6 měsíců ambulantně. Pooperačně krom otoků jsme nezaznamenali závažnějších komplikací. Měkký kompresivní obvaz jsme ponechávali 24–48 hod., u vynoření 5–7 dní. Pooperační otok plně mizel do plánované ambulantní kontroly po jednom měsíci. U frenuloplastik a rituálních cirkumcizí byly výsledky hodnoceny rodiči jako výborné. U 11 chlapců s discizí nebo plasticky provedenou cirkumcizí bylo v druhé době nutno pro restenozování předkožky provést reoperaci. U 7 se podařilo plasticky se zachováním části předkožky, u zbylých bylo nutno provedení totální cirkumcize. U 5 operací s vynořením penisu, byl kosmetický výsledek hodnocený rodiči jako dobrý, jedna současná rotace penisu byla odstraněna.

Závěr: Před indikací cirkumcize u fimóz lze aplikovat kortikoidní kůry. I pokud neuspějeme, může léčba pozitivně ovlivnit výsledek operace. Z pohledu rodiče (pacienta) je při hodnocení operace na prvním místě vždy kosmetický výsledek. Frenuloplastiky a rituální (totální) obřízky mají obvykle výborné výsledky. U operací provedených plasticky nutno počítat s možností reoperací. Podobně lze úspěšně operačně řešit i závažné kongenitální vady (zanoření, rotace).

19. Primární lymfangiom skrota u 17ti letého pacienta – kazuistika

Kubát M., Zerhau P., Doležal J.¹, Husár M.

Urologické oddělení KDCHOT FN a LF MU Brno, ¹Oddělení urologické onkologie, MOÚ Brno

Cíl: Prezentujeme kazuistiku 17 ti letého chlapce s nebolestivým, progredujícím, symetrickým zduřením skrota, podbřišku a stehen. Histopatologicky potvrzena lymfangiomatóza. Ve sdělení je prezentována diagnostika, terapie a subtotální exstirpace tumorózního ložiska s nutností následné onkologické a urologické dispenzarizace.

Soubor a metody: Lymfangiomatóza skrota je velmi vzácné benigní onemocnění. Tvoří pouze 4% všech vaskulárních tumorů u dětí. V 75% postihuje více orgánových soustav s tendencí rozšiřování se do okolních struktur. Nad 90% se vyskytuje v oblasti krku a axily. Skrotum je v literatuře popisováno jako velmi vzácná lokalizace. Vzniká poruchou vývoje lymfatického systému kolem 20. týdne gestace. Klinické projevy se obvykle objevují po porodu a kolem 20. roku. Tumor nereaguje na radioterapii. Novou možností se jeví terapie Propranololem či inhibitory mTOR, preferuje se chirurgická totální exstirpace tumoru.

Výsledky: Systémová terapie přinesla zástavu progresu onemocnění. Následná resekce tumorózní masy, histologicky potvrzeného lymfangiomu, byla úspěšná. Nutností zůstává dispenzarizace na onkologickém a urologickém pracovišti. Aktuálně s odstupem 14ti měsíců od operace je nemoc bez progresu. Pacient je v dobrém celkovém stavu, somaticky bez známek progresu či infektu. Nyní vysazena systémová terapie mTOR inhibitory.

Závěr: Lymfangiomatóza skrota je vzácným onemocněním. Systémová terapie má omezené možnosti a často nevede k úplné regresi onemocnění. Onemocnění genitálu s sebou přináší velkou psychickou a fyzickou zátěž pro pacienta. Pro rozšíření v dané lokalitě není možné chirurgicky exstirpovat celou tumorózní masu. Subtotální exstirpace má pro pacienta velký pozitivní přínos, avšak stále přetrvává riziko rekurence a progresu. Proto je nadále potřeba pečlivá dispenzarizace na onkologii a urologii.

20. Chirurgické možnosti řešení rhabdomyosarkomu pánve u mladé pacientky v rámci multimodálního přístupu – kazuistika

Macík D.¹, Doležel J.¹, Múdry P.², Zerhau P.³, Staník M.¹, Čapák I.¹

¹Oddělení urologické onkologie, MOÚ Brno, ²Klinika dětské onkologie, FN Brno,

³Urologické oddělení, KDCHOT, FN Brno

Cíl: Objasnit postavení chirurgie v současném moderním náhledu na multimodální terapii rhabdomyosarkomu (RMS) pánve u dětí a mladých dospělých.

Kasuistika: Prezentujeme výsledky multimodální terapie high-risk embryonálního rhabdomyosarkomu pánve u 16-leté pacientky. Primárně po neradikální resekci na sektorovém pracovišti. Staging proveden ve FN Motol, high risk skupina – IRS sk. III, gr. E, T3bN0M0. K terapii přeložena do FN Brno na Klinikou dětské onkologie. Následovala léčba dle protokolu EpSSG RMS 2005 – 4 série chemoterapie (CHT) (režim IVA). Po krátkodobé SD (stable disease) progresi. Pacientka řešena Onkourologickou indikační komisí MOÚ. Provedena radikální exstirpace pánevního tumoru s negativními resekčními okraji. Adjuvantně podána CHT 2. linie konkomitantně s RT. Po 7. měsících lokální recidiva. Následuje marginální resekce s rekonstrukcí pochvy a pánevního mrtvého prostoru muskulokutánním lalokem z levého stehna. Adjuvantně 3. linie CHT, pokračování v léčbě pacientka odmítá. Po třech měsících lokální recidiva, další léčbu pacientka opět odmítla, pokračuje v symptomatické terapii a následně po dvou měsících umírá na progresi onemocnění.

Diskuse: Nejčastějším sarkomem v dětském věku je rhabdomyosarkom (RMS). Reprezentuje 55–60 % všech sarkomů měkkých tkání u dětí. RMS pánve u adolescentů představují komplexní diagnostický a terapeutický problém. Chirurgická léčba je považována za metodu volby a standardní přístup u pacientů s RMS pánve. Operace může být buď primární (bez předchozí onkologické léčby), nebo sekundární, po aplikaci neoadjuvantní chemoterapie.

Závěr: Chirurgická léčba má v terapii RMS pánve svou nezastupitelnou roli. Důležité je správné načasování a určení rozsahu chirurgické radikality s ohledem na vstupní parametry (staging, biologie nádoru) onemocnění, na prognostické faktory a věk pacientů. Mutující operace by měly být prováděny výjimečně a mohou být odůvodněné, zejména při relabujícím onemocnění a vyčerpání ostatních metod léčby. Zásadní je centralizace pacientů na pracoviště disponující multidisciplinárním týmem odborníků, se zkušenostmi v terapii tohoto onemocnění.

21. Využití extraanatomického pyelo-vezikálního stentu u dětské pacientky s neuroblastomem

Husár M., Zerbau P., Kubát M.

Urologické oddělení KDCHOT FN a LF MU Brno

Cíl: Kazuistika 9-leté pacientky s diagnózou neuroblastomu levého retroperitonea o využití extraanatomického pyelo-vezikálního stentu při přerušení močovodu.

Soubor a metody: 9-letá pacientka přijata na dětskou onkologii pro dva dny trvající bolesti břicha z pracoviště nižšího typu, u které byl na ultrasonografii záchyt tumorózní masy levého retroperitonea o rozměrech 150×100×75 mm. Při přijetí elevace CRP na 195, v moči nález bílkovin, sterilní pyurie, bez hematurie. Na CT popsán suparenální tumor. Do druhého dne klinické projevy náhle příhody břišní, proto přistoupeno k operační revizi, provedena biopsie s nálezem malých tmavých kulatých buněk. Provedena exstirpace tumoru, za 14 dnů revize pro ileus z adhezí a vyšita jejunostomie. Histologické vyšetření svědčí pro neuroblastom retroperitonea vlevo, vysoké riziko. Dítě následně v septickém stavu, na sono popsána dilatace dutého systému levé ledviny bez dilatace močovodu, zavedena punkční nefrostomie. S odstupem dvou měsíců revize levého retroperitonea, ledvina zavzata do pevných srůstů, stenosa resp. přerušení PU junkce není v této fázi řešitelné. Ponechána nefrostomie. Pacientka výrazně nespolupracující, opakovaně vytržení nefrostomie, proto přistoupeno k zavedení extraanatomického pyelo-vezikálního stentu. V celkové anestezii provedena incize v levé lumbální krajině, přes původní nefrostomii zaveden vodič do dutého systému ledviny, následně dilatace a zavedení proximálního konce stentu. Podkožím přetažen stent do levého hypogastria, drobná incize, zavedena punkční epicystostomie, distální konec stentu zaveden do měchýře.

Výsledky: Pacientka nyní v kompletní remisi dosažené extirpací tumoru za podpory chemoterapie Roaccutanem a radioterapie levého retroperitonea. Pyelo-vezikální stent vyhovující, bez en/inkrustací, volně průchodný. Došlo k pozitivní změně psychického stavu pacientky i významnému zlepšení spolupráce. Při přetrvávání kompletní remise plánována rekonstrukční operace pelviureterálního přechodu.

Závěr: Extraanatomický pyelo-vezikální stent je možno použít jako dočasnou vnitřní derivaci moči v případech, kdy není aktuálně možné obnovení kontinuity močovodu. Ve srovnání s nefrostomií pacienta podstatně méně zatěžuje a zlepšuje kvalitu jeho života.

22. Vyšetření moči – mikrobiologická diagnostika, doporučené postupy, interpretace nálezů

Janda J., Běbrová E.

Pediatrická klinika a Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Praha – Motol

1. Odběr moči na mikrobiologické vyšetření – obecně snaha o neinvazivní metody!

- a) **Střední proud moči:** metoda volby, po očištění zevního ústí uretry – voda, mýdlo, žádné dezinfekční prostředky. U chlapců pokus o nenásilné přetažení prepucia, pokud to není možné, uvést to na mikrobiologickou žádanku! U kojenců je možno pokusit se o odběr ze středního proudu (např. Perézův reflex kombinovaný s taktilní stimulací nad měchýřem). Při vysoké teplotě a alteraci celk. stavu a snaze o časné nasazení léčby raději pacienty vycévkovat. Zcela nová metoda stř. proudu (novorozenci a kojenci: M. L. Herreros et al. A New Technique for Fast and Safe Collection of Urine in Newborns Arch Dis Child. 2013;98(1):27-29), nutno potvrdit!!
- b) **Cévkovaná moč** – používat měkké výživové cévky, u děvčat většinou není problém, cévkování chlapců vyžaduje zkušenost a asistenci nejméně 2 osob.
- c) **Adhezivní plastické sterilní sáčky:** pokud je při tomto způsobu sběru moči bakteriurie 10^7 /ml a více, a jedná se o monokulturu (zvláště při nálezů méně běžného kmene), doporučuje se považovat bakteriurii za významnou (Pediatrics, 2011, 128, 572, 572–573). Vyšší validitu mají nálezy u chlapců, riziko kontaminace stoupá při dlouhé době fixace sáčku (déle než 30 min. po mikci) a u dětí s průjemem.
- d) **Suprapubická aspirace:** u nás, ale ani v Evropě, se příliš neprosadila, jde o invazivní výkon, i v USA ústup od této metody.

2. Další zpracování získané moči:

- a) V případě rychle dostupnosti mikrobiologické laboratoře: moč v uzavřené sterilní zkumavce a okamžitý transport do laboratoře.
- b) Je-li transport opožděn o více než 3 hodiny po odběru, je nezbytné vzorek skladovat nebo transportovat při chladničkové teplotě (4 °C). Takto ošetřenou moč je možno bez rizika zkresleného výsledku naočkovat do 24 hod.po odběru.

Dip-slide odběrové soupravy: jsou určené pro screeningové vyšetření, plní funkci transportní i kultivační půdy s orientačním rozlišením bakteriurie G+ resp. G- mikrobů. Použití dip-slide souprav je vhodné při problémech s dostupností laboratoře jako jedné z variant transportu. Vhodné jsou i pro domácí kontrolu (rodiče dětí s recidivujícími IMC při dlouhodobé chemoprophylaxi, kdy se očekává negativní nález). Pro děti nízkých věkových skupin je výhodnější Uri-test Dulab (širší odběrová nádobka usnadňuje zachycení moči ze středního proudu).

3. Interpretace kultivačních nálezů: Klasické Kassovo schéma významné bakteriurie

- a) střední proud 10^5 /ml, suspektní nález 10^4 /ml
- b) cévkovaná moč 10^4 /ml, suspektní nález 10^3 /ml
- c) moč z adhezivního sáčku = nebo > než 10^{6-7} /ml (viz podmínky užití shora 1. c)
- d) suprapubická punkce – jakýkoliv nález významný, a to i velmi neobvyklých bakterií.
- e) při dlouhodobé chemoprophylaxi mohou být hraniční nálezy kvantitativní bakteriurie významné!

Komentář: v poslední době snaha o modifikaci Kassova schématu a doporučení považovat ze středního proudu už bakteriurii 50 000/ml za významnou. Pro mikrobiologickou praxi je ale toto doporučení jen těžko proveditelné.

4. Citlivost vyvolávajícího bakteriálního kmene při významné bakteriurii:

Ošetřující lékař musí být poučen o principech a interpretaci výsledků testů k antibi-
otickým preparátům v laboratoři. Interpretace laboratorního výsledku testu citlivosti
k antibiotikům a chemoterapeutikům odpovídá požadavkům na dosažení účinné tera-
peutické hladiny v séru, nikoliv v moči. Koncentrace běžně používaných antimik-
robních preparátů je v moči mnohonásobně vyšší než v plasmě, proto při dobrém
klinickém efektu (pokles teplot, úprava močového nálezu ve smyslu počtu leukocytů/
erytrocytů, pokles FW a hladiny CRP) se doporučuje ATB/chemoterapeutikum neměnit
a pokračovat v léčbě i při udávané rezistenci/špatné citlivosti kmene.

5. Interpretace při nálezu různých bakteriálních kmenů:

Nejčastějším původcem IMC i u dětí je *E. coli* – původce cystitidy i pyelonefritidy i ve zdravém
urotraktu, nálezy kmene *Klebsiella* sp., *Enterobacter* sp., *Proteus* sp., vzácněji *Pseudomonas*
aeruginosa a *Enterococcus* sp. jsou časté u chronických IMC především na podkladě ana-
tomické či funkční obstrukce. Nález kmene *Staphylococcus epidermidis* i ostatních koaguláza-
negativních stafylokoků, většinou signalizuje slizniční kontaminaci. Výjimkou je *Staphylococcus*
saprophyticus, který je vyvolavatelem cystitid mladých žen ve fertilním věku.

6. Regionální přehledy citlivosti kmenů IMC vůči ATB/chemoterapeutikům.

Pokud existují, měli by být pediatři o nich informováni. Situace se prakticky komplikuje
tím, že především mimonemocniční řetězce laboratoří zpracovávají biologické vzorky
z jiných oblastí než z daného regionu!

7. Na úrovni primární péče, ale i v příjmové ambulanci event. i při sledování chroniků
v rodině musí být k dispozici **testační papírky s reagenční zónou pro esterázovou**
a nitritovou reakci (např. Dekaphan Leuco®). Pokud je nález těchto 2 parametrů nega-
tivní a v moči je normální počet leukocytů (do 20 leuko/1μl nativní necentrifugované

moči), převládá dnes názor, že není třeba takový vzorek posílat k mikrobiologickému vyšetření. Toto rozhodnutí ale musí učinit lékař a v případě alterace celkového stavu, některých klasických symptomů IMC raději materiál odebrat. Některá mikrobiologická pracoviště provádějí mikroskopické vyšetření vzorků moče s hodnocením počtu leukocytů, morfologií a počtu mikrobů v obarveném preparátu ze vzorku moči. Pokud se tak děje, tuto informaci by měli klinici od mikrobiologů dostat z místní mikrobiologické laboratoře.

Sdělení mikrobiologů: Dnes jsou k dispozici nové metody, které detekují bakterie v moči pomocí automatů, nejstarší z nich je UroQuattro (UroQuick starší verze). Jako jediný používá kultivaci, speciální lahvička s kultivační půdou se naočkuje močí a kultivuje v automatu, který průběžně proměřuje zákal metodou rozptylu světla (nefelometrie). Pouze upozorní na pozitivní nález a vypočítá koncentraci bakterií. Novější biochemické přístroje pro biochemickou analýzu moče dokážou rovněž detekovat přítomné bakterie. Jeden automat pracuje na principu průtokové cytometrie (Sysmex). Živé bakterie se obarví speciální barvičkou a poté je jejich počet detekován průtokovým cytometrem. V druhém případě moč protéká speciální komůrkou ve které probíhá fotografování částic přítomných v moči. 500 snímků na vzorek se pak vyhodnocuje pomocí SW nebo manuálně. Oba systémy dokážou velmi přesně určit množství leukocytů. V případě bakterií jde spíše o vyloučení vzorku s nevýznamnou bakteriurií.

Úzká spolupráce klinika a mikrobiologa v diagnostice a léčbě IMC je podstatná a neformální kontakt a vzájemná informovanost je klíčová! Totéž samozřejmě platí o spolupráci mikrobiologa s dětským urologem.

23. Neurogení močový měchýř mezi dětstvím a dospělostí

Dítě Z., Kočvara R., Sedláček J., Drlík M., Smičková Z., Hanuš T.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl: Hodnotíme vývoj funkce močového měchýře a riziku retetheringu míšního u pacientů s neurogením měchýřem na podkladě myelodysplázie.

Soubor a metody: V letech 1996–2013 jsme léčili 14 pacientů (8 chlapců a 6 dívek). 1–13 let (Ø 6,1), kteří po 8,4 roku době dosáhli 18 let věku. Sedm pacientů (50,0%) mělo diagnostikovanou meningomyelokélu (MMK) lumbosakrální, čtyři (28,6%) MMK sakrální, dva pacienti (14,3%) primárně fixovanou míchu a jeden (7,1%) spina bifida. Děti absolvovaly na úvod klinické laboratorní, ultrazvukové, (vide)urodynamické vyšetření a mikční cystourethrografii, podle vývoje dále izotopové a neurologické vyšetření. V dalším průběhu byly pravidelně kontrolovány. Pro hodnocení vývoje v pubertě bylo použito jako první vyšetření ve 13. roce věku. U 12 dětí (85,7%) byla diagnostikována detruzorosfinkterická dyssynergie (DSD), v jednom případě (7,1%) primární hyperaktivita detruzoru (OAB) a inkompetentní uretra. Osm dětí (57,1%) bylo postiženo vezikoureterálním refluxem u tří dětí (21,4%) byla diagnostikována hydronefroza při obstrukci horních močových cest. Osm dětí (57,1%) bylo léčeno pro recidivující infekci dolních močových cest, pět dětí (35,7%) pro pyelonefritidu. Děti byly léčeny ve 12 případech (85,7%) perorálně anticholinergiky, v jednom případě (7,2%) primárně intravezikální instilací. Ta byla indikována jako léčba druhé volby u 6 dětí (42,9%). Deset dětí (71,4%) používalo čistou intermitentní katetrizaci. Hodnotili jsme urodynamické ukazatele, kontinenci moče, stav horních močových cest, pasáž stolice a výskyt infekce močových cest. U dětí ve zhoršeném stavu bylo provedeno kontrolní neurologické vyšetření.

Výsledky: Osm dětí (57,1%) bylo ve sledovaném období klinicky i urodynamicky stabilních. V této skupině došlo k nárůstu cystometrického volumu (CMV) o 40,1% a poklesu intravezikálních tlaků (IVP) o 14,5%. U tří dětí (21,4%) došlo ke zhoršení obtíží i UDN nálezů, byly neurologicky vyšetřeny bez průkazu TCS. U dvou dětí (14,3%) byl po zhoršení celkového stavu diagnostikován tethering míšní a byly neurochirurgicky léčeny. Ve skupině nestabilních dětí narostl CMV pouze o 2,8% a IVP o 13,5%. U jednoho pacienta došlo k fixaci míchy opakovaně, s první epizodou v předškolním věku.

Závěr: Urodynamické nálezy nemusí korelovat s neurologickým stavem pacienta. Reteathering není vždy indikací k neurochirurgické léčbě. Je proto nezbytné děti v tomto věku urologicky sledovat i při dlouhodobě stabilizovaném průběhu. Algoritmus sledování je nezbytné nastavit individuálně podle vývoje symptomů. Problémem zůstává zajištění dispenzarizace pacienta po přechodu do dospělosti.

24. Elektromyografie pánevního dna v diagnostice dysfunkcí dolních močových cest

Kocábová R., Horáčková H., Nobáčová A., Vránová J., Drbohlavová S., Dítě Z.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Cíl: Zhodnotit význam, limity a nevýhody elektromyografie (EMG) pánevního dna, na základě zkušeností Dětského oddělení Urologické kliniky VFN a 1. LF UK v Praze.

Soubor a metody: EMG se dostala do klinické praxe na základě experimentální práce a následně publikace Baileye z r. 1968. EMG pánevního dna se používá na našem pracovišti jako součást základního vyšetření dysfunkce dolních močových cest (DDMC) u dětí od r. 1992. V r. 2012 byly publikovány naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou dysfunkční mikce (DVS) 39 dětí ve věku 5–14 let na kongresu ICCS v Londýně.

Výsledky: EMG vyšetření je použitelné podle spolupráce dítěte podle našich zkušeností již od tří let věku. Je třeba vycházet nejen z parametrů průtoku ale i z tvaru uroflowmetrické křivky k vyloučení artefaktů způsobených dyskomfortem z nalepených elektrod. Elektrody lepíme po obou stranách těsně vedle análního otvoru, indiferentní elektrodu na stehno. Diagnostický význam má nález potvrzující relaxaci pánevního dna. Při nálezu přetrvávající či kolísající EMG aktivity je třeba podezření na DVS potvrdit opakováním UFM s EMG nebo dalším urologickým vyšetřením. Arteficiální nárůst elektrických potenciálů může způsobit přenesení aktivity přední stěny břišní při zapojení břišního lisu. K vyloučení tohoto zkreslení je možné současné měření intraabdominálních tlaků, ale za cenu zhoršení přirozených podmínek pro mikci nebo paralelní snímání EMG aktivity pánevního dna a přední stěny břišní. Zásadní význam má též poloha a relaxace pánevního dna pacienta. Vyšetření je potřeba provádět v naprostém klidu za přítomnosti rodičů. Zdrojem artefaktů může být kromě neklidu též umístění elektrod a jejich navlhčení. K vyloučení artefaktů napomáhá srovnání klidového EMG a EMG při mikci.

Závěr: Podle guidelines ESPU z r. 2005 je uroflowmetrie v dětském věku validní pouze s EMG pánevního dna. Na základě našich zkušeností je při nespolupráci dítěte přesnější opakované UFM bez EMG.

25. Experimentální využití močového měchýře králíka – co lze a nelze očekávat

*Zerhau P., Mackerle Z., Husár M., Brichtová E., ¹Sochůrková D., ²Göpfert E.,
²Faldyna M., Kubát M.*

KDCHOT FN a LF MU Brno, ¹Neurochirurgická klinika FN U sv. Anny Brno, ²VÚVeL Brno

Cíl: Shrnutí dosavadních zkušeností s experimentálně vyvolanou elektrofyzilogickou a kontrakční aktivitou detruzoru močového měchýře u králíka.

Soubor a metody: Na souboru 22 králíků (19 králíků, 3 ramlice) o váze do 4,9 kg byla v rámci experimentální reinervace svaloviny močového měchýře provedena elektrostimulace detruzoru přes přední kořeny míšní (bipolární háčková elektroda, intenzita proudu 0,5–3 mA, šíře impulsu 0,05–0,200 ms; frekvence repetitivní stimulace 5 resp. 15 Hz, trvání stimulace 4 sec). Pokus probíhal jednak u zvířat s přirozenou náplní zahusťené moči („sludgy urine“, skupina A, 8 králíků), jednak po proplachu a naplnění měchýře 30–40 ml fyziologického roztoku (skupina B, 14 králíků). Reakce detruzoru byla monitorována bipolární stripovou elektrodou (EMG) a cystometricky (CTM). Při operaci byl odebrán malý vzorek stěny močového měchýře králíka k histologickému vyšetření. Naměřené hodnoty EMG a CTM byly porovnány s literárními údaji experimentálních prací v humánní medicíně, histologické vzorky pak s histologickým vyšetřením lidského močového měchýře.

Výsledky: Skupina A: EMG záznam s amplitudou do 20 uV, CTM záznam při stimulaci $5\times$ bez elevace P_{ves} , $3\times$ s minimální elevací P_{ves} do 5 cm H_2O . Skupina B: EMG záznam u všech zvířat srovnatelný se skupinou A, s amplitudou do 20 uV, CTM záznam při stimulaci bez elevace P_{ves} $2\times$, se vzestupem P_{ves} do 15 cm H_2O $10\times$. Histologická vyšetření stěny močového měchýře králíků obou skupin nevykazovala odlišnosti. Při porovnání se stěnou močového měchýře člověka byla zjištělná pouze výrazně slabší vrstva detruzoru vzhledem k celkové tloušťce stěny měchýře u králíka a odlišnosti ve stavbě buněk epitelu.

Závěr: Reakce vláken detruzoru králíka je detekovatelná ve všech případech, bez ohledu na charakter náplně močového měchýře, elevace intravezikálního tlaku je detekovatelná obtížněji, liší se podle hustoty náplně měchýře. Dosavadní výsledky ukazují, že fyziologická mikce u králíka probíhá pravděpodobně s podstatně vyšší účastí břišního lisu než u člověka.

Práce je podporována grantem IGA MZ ČR NT 13871- 4

26. Chlopně zadní uretry – 25 leté zkušenosti

Holý P., Kočvara R.

Urologická klinika Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze

Cíl: Cílem práce je retrospektivně porovnat klinické nálezy u chlapců s významnou chlopní zadní uretry (CHZU) operovaných v letech 1989–1994 s obdobím 2007–2013.

Soubor a metody: Retrospektivní analýza zahrnuje chlapce operované do tří let věku, u kterých chlopeň zaujímal alespoň 50% lumen uretry. V období 1989–2014 tato kritéria splňovalo 14 z 87 chlapců v průměrném věku 15 měsíců (0–36) – skupina I.; v období 2007–2013 bylo podle výše uvedených kritérií vybráno 30 z 249 pacientů v průměrném věku 11 měsíců (0–35) – skupina II.

Výsledky: Ve skupině I. byla diagnóza stanovena ve 3 (21%) případech na základě screeningu a v 11 (79%) na základě symptomů (uroseps-7, příznaky obstrukce dolních močových cest 3, akutní renální insuficience-1).

Jako primární derivace byla provedena ureterostomie 5×, epicystostomie 3× a v 6 (42%) případech transuretrální discize chlopně. Vezikoureterální reflux (VUR) byl prokázán u 6 (43%) a megaureter (MU) u 12 (86%) pacientů. Medián ambulantního sledování pacientů byl 13 let. U 6 (43%) pacientů byla provedena reimplantace ureteru v průměrném věku 3 let (1–5) a u 4 (29%) nefrektomie pro afunkční ledvinu (v rámci VURD syndromu). Na konci sledování nikdo nevyžadoval substituční nefrologickou léčbu. Ve skupině II. byla diagnóza stanovena u 21 (70%) chlapců na základě screeningu a v 9 případech na podkladě uroseps. Ve 20 (67%) případech byla primárně provedena transuretrální discize chlopně. U ostatních byla provedena primární derivace epicystostomií 5×, močovým katétrem 5×. VUR byl prokázán u 17 (56%) a MU u 11 (37%) pacientů. Medián ambulantního sledování pacientů byl 52 měsíců. U 11 (37%) pacientů byla provedena reimplantace ureteru v průměrném věku 2 let (2–4) a u 2 (7%) nefrektomie pro afunkční ledvinu (bez VUR). Bez ohledu na období sledování, byla transuretrální discize chlopně provedena u pacientů diagnostikovaných na podkladě klinických symptomů v průměrném věku 18 (0–36) měsíců. Skupina pacientů vyšetřovaných díky screeningu byla operována dříve, v průměrném věku 7 měsíců (0–22).

Závěr: Za posledních 20 let je viditelný význam pre/post-natálního screeningu v časnější diagnostice CHZU a prevenci uroseps a nižším výskytu megaureteru. Výskyt VUR byl v obou hodnocených skupinách srovnatelný.

27. Comparison of treatment methods for urolithiasis in children with the application of ESWL and URSL methods

Haliński A., Haliński A.

Department of Paediatric Surgery and Urology, Provincial Hospital, Zielona Góra, SCM "UROLOG", Zielona Góra, University of Zielona Góra

Introduction: Development of the equipment for extracorporeal lithotripsy and miniaturization of endoscopes allows for the treatment of children with stones in the ureter in each age group.

Objectives of the paper: The aim of the paper is to compare the effectiveness of ESWL and URSL methods in the treatment for urolithiasis, and establishing the indications for the treatment with the application of one of the methods.

Material and method: The evaluation assessed 45 children (aged 2–16; mean 8.7) treated for urolithiasis with the application of ESWL method and 46 children (aged 2.5–16; mean 8.2) treated with the application of URSL method. The procedures were done in the years 2005–2012. The treatment was applied to children with stones in the ureter not promising spontaneous expulsion with urine. A complete removal of the plague and no complications were considered as a very good result; residual plague to 4 mm and no complications were considered a good result, and plague in the ureter with concomitant complications were considered a bad result.

Results: In the group of children treated with the ESWL method the results were as follows: 57.8% very good, 28.9% good and 13.3% bad. In the group of children treated with the URSL method the results were as follows: 73.9% very good, 17.4% good and 8.7% bad.

Discussion: There is still too little data predicting clearly the success of applying one or another method in children. ESWL and URSL methods are the treatment of choice for ureteral calculi.

Conclusions: URSL method is more effective than ESWL method for a ureteral stone of any size, but it carries a greater risk of complications. ESWL is a very good method for children with smaller plagues (to 7–8 mm). In the case of URSL, the size of a plague does not matter.

28. Flexible ureterorenoscopy as a new possibility of treating nephrolithiasis in children – preliminary reports

Halíński A., Halíński A.

Department of Paediatric Surgery and Urology, Provincial Hospital, Zielona Góra

SCM "UROLOG", Zielona Góra, University of Zielona Góra

Introduction: Flexible ureterorenoscopy is a surgery technique used for the treatment of the upper urinary tract. It is very often used in adult patients, however, due to the advancing miniaturization of the equipment as well as its precision, this technique has also become possible in the treatment process in children.

Material and method: We would like to present 11 cases of flexible ureterorenoscopy carried out in children with nephrolithiasis of the upper urinary tract aged 6 to 15 years. The average age was 8.5 years and the children were treated in our department from June to December, 2013. The first surgery in Poland took place in our Department on 6. 6. 2013. Because of nephrolithiasis all the children had been subjected earlier to ESWL treatment, which was unsuccessful.

Results: 8 children had deposits in the lower calyx, 2 children had deposits in the middle and lower calyx and in one child a stone was located in the initial ureter. An efficiency of 86 % was achieved.

Conclusions: Flexible ureterorenoscopy is an effective and minimally invasive tool both for the diagnosis and treatment of upper urinary tract. We believe that the advancing miniaturization of the equipment and gaining experience will enable carrying out of this procedure in smaller children with high efficiency.

29. Perforace tlustého střeva při perkutánní extrakci konkrementu u dítěte – kazuistika

Drlík M.¹, Kočvara R.¹, Vobořil V.¹, Chocholová S.², Rousková B.³, Krážek J.³

¹Urologická klinika, 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

²Radiodiagnostická klinika, 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

³Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Úvod: Perkutánní extrakce konkrementu (PEK) je u dětí indikována u objemné nefrolitiázy, litiázy v anatomicky malformovaném dutém systému a u cystinové litiázy, která odolává extrakorporální litotrypsi. Perforace tlustého střeva, popisovaná u dospělých jako vzácná komplikace, byla u dětí zatím popsána pouze 3×. Za hlavní rizikové faktory jsou považovány podkovovitá ledvina, vysoký věk, předchozí chirurgický výkon na ledvině a přístup přes levý dolní kalich. Pokud není poranění střeva včas diagnostikováno, hrozí rozvoj sepse, peritonitidy, abscesu retroperitonea, nefrokolické a enterokutánní píštěle.

Kazuistika: Autoři prezentují případ ročního chlapce s kompletní odlitkovou infekční levostrannou nefrolitiázou, u kterého došlo v průběhu PEK přes dolní kalich k poranění sestupného tračníku. Chlapec byl léčen antibiotiky pro febrilní špičky, sonograficky vyšetřován, první známky perirenálního abscesu se objevily 6. den a komplikace byla rozpoznána 7. pooperační den na kontrastním CT vyšetření břicha opakovaném ve vylučovací fázi. Příčinou zdržení byl němý klinický nález na břiše, zachovalá pasáž střevem a váhání s použitím CT vyšetření u ročního dítěte. Pacient byl indikován k otevřené revizi z laparotomie. Poraněný úsek střeva byl resekován a ošetřen primární anastomózou, nefrostomie odstraněna. Její nové zavedení bylo obtížné, proto byl k ledvině vložen pouze perirenální drain. Pacient se zahojil bez dalších komplikací, spontánně vymočil většinu reziduálních konkrementů. Aktuálně zbývá k řešení minimální reziduální kalikolitiáza.

Závěr: Klíčem pro prevenci této komplikace je rozpoznání retrorenálního a posterolaterálního průběhu sestupného tračníku, nejlépe pomocí ultrazvukové kontroly při zavádění punkční jehly do dutého systému, případně na základě zhodnocení předoperačního CT vyšetření. Pro prevenci následných infekčních komplikací je zásadní včasné rozpoznání poraněného střeva na nefrostogramu provedeném na závěr výkonu (nebo na kontrolním CT vyšetření). CT je indikováno v případech, kdy nedojde k vymizení pooperačních teplot obvykle do 48 hodin, zejména u pacientů s anatomickými anomáliemi ledvin nebo při použití více vstupů do ledviny, při negativním nálezů je třeba doplnit i zobrazení ve vylučovací fázi. Při včasné diagnóze je možné postupovat konzervativně (odstranit nefrostomii z dutého systému ledviny, zavést uretrální stent a parenterální výživu). Při pozdním stanovení diagnózy je nutné ošetřit poranění a ložisko infekce otevřeně.

30. Papillary adenoma as a very rare renal tumor

Haliński A., Haliński A.

Department of Paediatric Surgery and Urology, Provincial Hospital, Zielona Góra

SCM "UROLOG", Zielona Góra, University of Zielona Góra

Introduction: Papillary adenoma is a prevalence tumour which is very rare in children. The symptoms can imitate nephrolithiasis.

Material and methods: The authors present the case of a 4 year old male patient treated for a staghorn calculus of the right kidney. A decision about surgical treatment was made as the result of ESWL therapy failure. During the surgery, a compact tumour was found under the kidney capsule, without any contact with the calyceal system. Due to diagnostic difficulties the material was examined in three laboratories: Anatomical Pathology Laboratories in Zielona Góra, Medical University in Poznań and the Children's Memorial Health Institute in Warsaw.

Results: At present the patient is in a good condition and he is under the supervision of the Urology Clinic. The reoccurrence of the tumour has not been observed.

Conclusions: The diagnosis of such a rare tumour brings about many diagnostic difficulties and wrong choice of treatment at the beginning. Radiological diagnosis did not show the state which was observed during the surgery. In the case of such rare renal tumours in children, multicenter consultations are indispensable. In assessing the child's condition and in the prognosis it is necessary to take other factors into consideration, e.g. chromosome aberration tending to transformation and malignancy.

Discussion: Papillary adenoma is a rare, benign renal tumour, occurring mainly after 40 years of age. It should be differentiated from papillary renal carcinoma. Macroscopically, it is a demarcated single structure situated just under the renal capsule, in the renal cortex. The prevalence of trisomy 7 and 17, and loss of the Y chromosome is very often observed in patients. Additional chromosomes 12, 16 and 20 are equally often observed. Similar genetic alternations occur in papillary renal carcinoma. Histo-pathological diagnosis is difficult and requires immunohistochemical studies.

31. Konzervativní postup při léčbě poranění ledviny u 16 letého pacienta

Skalka R., Fikoczek H.

FN Ostrava

Cíl: Popsat případ pacienta s poraněním ledviny IV. stupně dle AAST klasifikace, který byl úspěšně konzervativně léčen.

Materiál a metody: Uvádíme případ 16 letého chlapce, který při jízdě na kole přepadl přes řídítka a narazil lumbální krajinou vpravo na kořen stromu. Dle CT zjištěna ruptura jater a lacerace horního pólu pravé ledviny s rozsáhlým perirenálním hematodem a urinomem. Byl zvolen konzervativní léčebný postup – monitorace na JIP, klid na lůžku, širokospektrá antibiotika, drenáž JJ stentem. Po 4 týdnech byl pacient propuštěn do domácí péče, JJ stent odstraněn po 8 týdnech.

Výsledky: Po 3 měsících od úrazu je pacient bez obtíží, došlo k úplné regresi hematomu, naplánováno provedení DMSA scintigrafie ledvin.

Závěr: V léčbě poranění ledvin vysokého stupně u dětí je u hemodynamicky stabilních pacientů upřednostňován konzervativní postup, který přispívá k zachování funkčního renálního parenchymu.

32. Kontralaterální ektopie varlete: úloha laparoskopie

Kočvara R., Hojý P., Sedláček J., Drlík M., Dítě Z.

Urologická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty UK v Praze

Cíl: Kontralaterální ektopie varlete je vzácné onemocnění, které se vyskytuje samostatně či méně často v souvislosti s poruchou vývoje pohlaví (DSD). Předmětem sdělení je prezentace tří různých klinických případů s využitím laparoskopie.

1. Kazuistika. Tříměsíční chlapec s nejasným pohmatem varlete vlevo operován pro pravostrannou tříselnou kýlu, kdy zjištěno nadpočetné varle vpravo. Varle ponecháno v šourku. Při diagnostické laparoskopii v roce života potvrzena zkřížená ektopie levého varlete, při následné revizi nalezena dvě varlata spolu těsně spojená s jedním chámovodem a dvěma svazky spermatických cév; obě varlata uložena do pravého hemiskróta. U chlapce následně ošetřena penoskrotální hypospadie při karyotypu 46 XY.

2. Kazuistika. Dvouletý chlapec se zdvojením levého varlete a nehmatným varletem vpravo. Při laparoskopii potvrzena zkřížená ektopie pravého varlete s nálezem gubernakula směřujícího z pravého do široce otevřeného levého anulus ingunialis internus, doleva směřoval i svazek pravých vnitřních spermatických cév a chámovod. V malé pánvi se chámovody spojovaly do ztlustělého provazce. Po ošetření kýly a deliberaci provazce byla varlata od sebe distálně oddělena, každé se samostatným svazkem cév, levé varle mělo částečně rozvolněné nadvarle; pravé varle transskrotálně umístěno do kapsy pod tunica dartos v pravém hemiskrótu, levé umístěno do kapsy vlevo.

3. Kazuistika. U novorozence s normálně uloženým pravým varletem vysloveno podezření na ektopické varle v tříse. Na ultrazvuku varle potvrzeno, nalezen otevřený inguinální kanál, varle pohyblivé. Ve 14 dnech života akutně operován pro uskrínutou kýlu vpravo, dolní pravé varle bylo torkováno o 180 stupňů, po přetočení dobře prokrveno, nadvarlata neidentifikována, mezi varlaty struktura připomínající dělohu a vejcovody. Biopsie gonád potvrdila testikulární tkáň. Všechny struktury, včetně varlat dány do dutiny břišní. Normální hormonální průběh minipuberty. V plánu je diagnostická laparoskopie.

Závěr: Nehmatné varle a druhostranná inguinální kýla s nálezem dvou varlat doprovázejí obraz kontralaterální ektopie varlete. K potvrzení anatomického nálezu a k vyloučení současné perzistence struktur ductus Mulleri je vedle ultrazvukového vyšetření indikována diagnostická laparoskopie a vyšetření karyotypu. Při akutní operaci kýly by měl dětský chirurg posoudit místní anatomii varlat, zejména zda bude možné varlata od sebe následně oddělit.

33. Pozitivní účinek desmopressinu s nootropikem při léčbě PME (primární monosymptomatické enurézy), osmileté zkušenosti

Liška J., Sobotová Š., Holeček V., Kutšanová Š., Čechurová I.

Mulačova nemocnice – Privátní Plzeň

Cíl: Efekt kombinační léčby PME pomocí desmopressinu s přidáním nootropika.

Soubor a metody: Vyčlenili jsme dvě podskupiny. Prvá-věkově hraniční (od 4,5 do 5,0 roku), ale s problémy ve smyslu PME. Těmto jsme přidali původně jen Geratam 800 a 1200 s velmi dobrým efektem – 12 dětí (8 chlapců a 4 děvčata). K režimovým opatřením jsme přidali vzhledem k věku jen nootropicum Geratam 800 a 1200 těsně před spaním. Všechny děti měly normální biochemismus i sonografii i vyšetřenou AV. U některých dětí této skupiny dochází ke zlepšení již do 1 měsíce, někdy později. Děti se začaly sami i sporadicky probouzet či s minimálními podněty a to do 3–5 měsíců. Nemuseli jsme vůbec nasazovat desmopressin. U žádného dítěte jsme cílenými dotazy na rodiče nezaznamenali žádné spánkové poruchy. PME vymizela v průměru do 6–8 měsíců. Jednalo se zřejmě jen o lehké formy poruchy dozrávání. PME měla spíše charakter nepravidelné, občasné enuresis.

Druhá 86 členná skupina (50 chlapců a 36 děvčat) věku 5–7 let na tento léčebný postup vůbec nereagovala a museli jsme ji velmi brzy nasadit naši dlouhodobě osvědčenou kombinační terapii desmopressin – Minirin 120 a Geratam 1200. Děti této skupiny reagovaly velmi dobře na uvedenou kombinaci, s různou dobou nástupu efektu vždy, ale nejdéle do 4 měsíců. Postupně po dosažení úplného efektu jsme začali dávky kombinační léčby snižovat a většinou do roka, nejdéle do roka a půl vysadili. U 4 dětí jsme museli přidat přechodně i léčbu Ditropanem. Relaps jsme zaznamenali u tří dětí, příčina byl rozpad rodiny. Po opětovném nasazení léčby a částečné úpravy rodinných vztahů bylo do 6–9 měsíců patrné definitivní vymizení problémů. Také zde jsme nezaznamenali jedinou spánkovou poruchu. Naopak rodiče uváděli podstatně snadnější probuditelnost, po probuzení výrazně lepší orientovatelnost v prostoru i v čase a i možnost navození kontaktu s dětmi, dříve zcela vyloučenému.

Závěry: V práci jsme chtěli vyzdvihnout evidentně nezanedbatelný efekt nootropica, které má podle našich dlouhodobých zkušeností vedle desmopressinu své zásadní místo.

Sborník byl vydán u příležitosti Konference dětských urologů, nefrologů a pediatriů, konaného 29.–31. května 2014 v Kurdějově.

Editor: MUDr. Pavel Zerhau, CSc.

Fotografie na obálce: Jan Miklín, Sirotčí hrádek – Pálava

Návrh obálky: Kamila Brzobohatá

Ediční uzávěrka: 14. května 2014

Vydání: první

Počet stran: 64

Náklad: 100 výtisků

Grafické zpracování: CCB, spol. s r. o., Brno

Vydává: CCB, spol. s r. o., Brno

Žádná část této publikace nesmí být žádným způsobem reprodukována bez písemného svolení vydavatele.

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou v redakci vydavatelství.

Ža jazykovou a věcnou správnost díla odpovídají autoři.

ISBN: 978-80-85825-74-9



ISBN 978-80-85825-74-9



9 788085 825749