

2. STREDOEURÓPSKA UROLOGICKÁ KONFERENCIA

V dňoch 18. a 19. októbra 2002 sa v Bratislave konala 2. Stredoeurópska urologická konferencia, ktorú zorganizovali European School of Urology a Slovenská urologická spoločnosť. Konferencie, ktorá sa konala v koncertnej sieni Slovenskej filharmónie v historickej budove Reduty, sa zúčastnilo 280 urológov zo 17 krajín Európy a z USA. Najviac účastníkov (88 urológov) bolo zo Slovenska, 47 urológov z Poľska, po 22 urológov z Českej republiky a z Rumunska.

I. ČASŤ

prof. MUDr. Ján Breza, DrSc.

Urologická klinika LFUK v FNŠP akademika L. Déreza

Nosnými témami konferencie boli karcinóm prostaty, laparoskopia v urológii, derivácia moču a andrológia. Ku každej z nosných tém odoznili koncepčné prednášky (spolu osem), ktoré predniesli poprední európski urológovia, medzi nimi predseda Európskej urologickej spoločnosti profesor Debruyne, predseda Európskej urologickej školy profesor Chapple, profesori Wirth, Marberger, Weidner, Montorsi a ďalší. Ku každej z tém bola na záver jednotlivých sekcií zorganizovaná diskusia pri okrúhlym stole, v rámci ktorej sa formou interaktívnej diskusie riešili zaujímavé protirečenia a kazuistiky. Na konferencii bolo prezentovaných 80 posterov, k 26 z nich sa diskutovalo v rámci troch moderovaných sekcií posterov. Na konferencii odoznela aj jedna hosťovská prednáška o problematike ženskej prostaty, ktorú predniesol profesor Milan Zavaičič (Bratislava).

Významnou súčasťou 2. Stredoeurópskej urologickej konferencie boli aj spoločenské akcie. Slávnostné zahájenie konferencie s následnou recepciou sa konalo v Zrkadlovej sieni bratislavského Primaciálneho paláca a v jeho historických priestoroch. V dôstojnej a priateľskej atmosfére sa niesol „Večer priateľstva“ (Friendship Dinner), ktorý sa konal v historickej budove starej Národnej rady Slovenskej republiky. K príjemnej atmosfére tohto večera prispela cimbalová muzika v podaní „Diabolských huslí“ Jána Berkyho Mrenicu. V tento večer udelila Slovenská urologická spoločnosť svoje najvyššie vyznamenanie, Čestné členstvo Slovenskej urologickej spoločnosti, významnému európskemu urológovi, profesorovi Helmutovi Madersbacherovi z Innsbrucku. Pre sprevádzajúce osoby bola nasledujúci deň pripravená prehliadka Bratislavy s návštevou historického centra mesta, bratislavského Hradu a katedrály sv. Martina. Záverečným slávnostným podujatím 2. Stredoeurópskej urologickej konferencie bolo predstavenie Opery W.A. Mozarta Don Giovanni v Slovenskom národnom divadle.

Na záver svojho referátu o priebehu 2. Stredoeurópskej urologickej konferencie by som rád vyslovil úprimnú vďaka za pomoc a finančnú podporu sponzorom podujatia, z nich najmä farmaceutickým spoločnostiam Astra Zeneca, Eli Lilly, Yamanouchi, Pfizer, Léčiva, Vivax Pharmaceuticals, Sanofi Synthelabo, Schering AG, ale aj ostatným, ktorí svojim dielom prispeli k úspechu podujatia.

Andrológia a erektilné poruchy

Témou záverečnej odbornej sekcie 2. Stredoeurópskej urologickej konferencie bola problematika andrológie

a erektilnej dysfunkcie. Úvodné prehľadné referáty predniesli profesor Wolfgang Weidner z Giessenu (Nemecko) a profesor Francesco Montorsi z Milána (Taliansko).

Profesor Weidner hovoril o piatich dôležitých aspektoch andrológie – o moderných diagnostických postupoch (B sonografia, duplexná dopplerská sonografia, TRUS a MRI, dôkaz protilátok proti spermiiám, hormonálne testy a genetické poradenstvo), o konzervatívnej liečbe pri hypogonadizme, hyperprolaktinémii, bakteriálnej infekcii genitálu, o mikročirurgickej liečbe pri obštrukčnej azoospermii, o technikách získavania spermii (MESA, TESE) v kombinácii s intracytoplazmatickou injekciou spermie do oocyty a o aspektoch fertility u starnúcich mužov.

V súvislosti s jednotlivými metódami umelého oplodenia hovoril aj o problémoch partneriek mužov postihnutých infertilitou.

Profesor Montorsi vo svojej prednáške detailne opísal neurofyziológiu erekcie, jej kontrolu a reguláciu a úlohu jednotlivých centrálnych i spinálnych centier. V súvislosti s hemodynamikou erekcie hovoril o oxide dusnatom, ktorý sa pokladá za najdôležitejší mediátor relaxácie hladkého svalstva kavernózných telies. Oxid dusnatý vzniká vplyvom troch isoform enzýmu NO syntetázy a to na zakončeníach non-adrenergických non-cholinergných nervových vlákien, v endotelových bunkách vystielajúcich lakúny kavernózneho tkaniva i priamo vo vláknach kavernózneho hladkého svalstva. Detailne prebral problematiku biochemických zmien, ktoré vedú k erekcii penisu.

V ďalšej časti sa venoval problematike patofyziológie jednotlivých foriem erektilnej dysfunkcie, a to najmä vaskulogénnej ED a jej vzťahu ku kardiovaskulárnym ochoreniam, hypertenzii, fajčeniu a veno-okluzívnej poruche, ktorá je jednou z najčastejších príčin ED. Venogénna ED je len zriedka dôsledkom nadmernej drenáže kavernózných telies vrodenými hrubými ektopickými vénami.

ED u starnúcich mužov je výsledkom aterosklerózou indukovanej ischémie kavernózneho svalstva s následnou kavernóznou fibrózou a veno-okluzívnou dysfunkciou. Abnormality v hladinách cirkulujúcich hormónov, hlavne testosterónu, hrajú pravdepodobne významnú úlohu len u niektorých mužov.

V záverečnej časti svojej prednášky hovoril o modernej perorálnej liečbe ED, poukázal na mechanizmus účinku a farmakokinetiku jednotlivých inhibítorov fosfodiesterázy 5. typu a porovnal klinické skúsenosti s týmito preparátmi, ich výhody, nevýhody a vedľajšie účinky. Uviedol tiež skúsenosti s alternatívnou liečbou ED stimulátormi dopaminových receptorov v CNS.

II. ČASŤ – LAPAROSKOPIA

MUDr. Peter Bujdák, CSc.

Urologická klinika DFNP, Bratislava

Laparoskopia v urológii

Joyce AD, Rassweiler J.

V posledných rokoch si laparoskopia našla miesto pre širokú škálu diagnostických i chirurgických liečebných metód v urológii. Jej výhodou je nižšia pooperačná morbidita, rýchlejšia rekonvalescencia ako pri otvorenej chirurgii, avšak urológovia musia byť dobre trénovaní, aby sa minimalizovalo riziko možných komplikácií.

Laparoskopia v urológii už nie je len jednoduchá diagnostická metóda na diagnostiku nezostúpeného semenníka, ale aj minimálne invazívna metóda nefrektómie, adrenalectómie a dokonca si nachádza svoje miesto aj ako metóda radikálnej prostatektómie.

Výkony, kde laparoskopická metóda je indikovaná ako metóda voľby: diagnostika nezostúpeného semenníka, chirurgia nadobličky excízia alebo odstránenie nezhubných lézií na obličke.

Laparoskopická radikálna nefrektómia ako i radikálna prostatektómia sa ukazuje podľa výsledkov viacerých centier ako sľubná metóda. Popularitu si získava takisto laparoskopická rekonštrukčná chirurgia, povzbudivé sú najmä výsledky laparoskopie pyeloplastiky.

Naopak laparoskopická operácia varikokély neobhájila svoje výhody oproti štandardným metódam liečby.

Laparoskopia v urológii nachádza indikáciu v čoraz väčšej škále urologických liečebných metód s nižšou pooperačnou morbiditou a kratšou rekonvalescenciou ako otvorená chirurgia. Intenzívny tréning laparoskopických techník je nevyhnutnou podmienkou kvôli minimalizácii možných komplikácií, ktoré sú s touto liečbou spojené. Potrebne sú výsledky randomizovaných štúdií, ktoré porovnávajú výhody laparoskopie oproti konvenčnej chirurgii). Tých je doposiaľ stále málo.

Retroperitoneoskopická pyeloplastika

Rassweiler JJ, Renner Ch, Seemann O, Frede T.

Retroperitoneálny prístup v urológii je často používaný v urologickej konvenčnej chirurgii pre jeho nižšiu morbiditu ako prístup laparotomický, takisto v endoskopiekej chirurgii Clayman a spol. poukázali na jeho výhody. V roku 1992 Gaur prvý popísal techniku disekcie tukového tkaniva v retroperitoneu pomocou insuflácie balóna. Odtedy viacero autorov poukázalo na výhody tohto prístupu vo viacerých indikáciách ako retroperitoneoskopická radikálna nefrektómia, nefrektómia od živého darcu, adrenalectómia, lumbálna sympatektómia.

Autori prezentovali na súbore viac ako 300 pacientov metódu retroperitoneoskopie pyeloplastiky pre stenózu pelvi-ureterálneho prechodu (PUJ).

Od decembra 1992 autori urobili 350 retroperitoneoskopií z toho 22 pyeloplastík a 11 ureterolýz pre obštrukciu PUJ.

Inštrumentárium: K výkonu používajú porty – 1 × 12 mm, 1 × 10 mm, 2 × 5 mm, pri retroperitoneoskpii nie je potrebná

Veresova ihla ani trokár s ochranným štítom. Pre sutúru sa osvedčil Duffnerov ihelec.

Prístup: Operuje sa v celkovej intubačnej anestézii v typickej lumbotomickej polohe. V oblasti trigonum lumbale cez incíziu 15–18 mm sa disektorom a na tupo ukazovák vytvorí prístup do retroperitoneálneho priestoru a postupne sa zavedú operačné porty s ohľadom na mediálne odsunutú peritoneum.

Retroperitoneoskopické chirurgické výkony: Nezávisle od výkonu zásadný význam má široká incízia Gerotovej fascie, ktorá otvára prístup do retroperitonea. Po dôkladnej ureterolýze a v závislosti od nálezu na PUJ autori popisujú viacero operačných postupov: Fengerova plastika, laloková plastika, resekčná plastika a pod.

Výsledky: Celkovo autori urobili u 95. pacientov 108 výkonov pre stenózu PUJ, z toho 62 % bolo liečených endopyelotómiou 33 % retroperitoneoskopiou, 5 % otvorenou chirurgiou.

Operačný čas pri retroperitoneoskopických metódach liečby bol 50–360 minút, doba hospitalizácie bola 5,5 dňa.

Po endopyelotómii sa vyskytli komplikácie súvisiace so stentom v 7 % prípadov, v jednom prípade bola nutná nefrektómia pre pyonefrózu. Retroperitoneoskopická ureterolýza v uvedenom súbore bola bez komplikácií, avšak po jednej „neresekčnej“ pyeloplastike sa vyskytla urinózna infiltrácia, vyžadujúca perkutánnu drenáž. V jednom prípade sa vyskytol perirenálny hematóm s embolizáciou do arteria pulmonalis.

Úspešnosť operácie bola od 82 do 100 % pri retroperitoneoskpii v závislosti od jednotlivých metód a 91 % u endopyelotómie.

V závere autori konštatujú, že s pribúdajúcimi skúsenosťami na špecializovaných pracoviskách so skracovaním operačného času reperitoneoskopické metódy urologickej chirurgie budú nevyhnutnou metódou špecializácie budúcich urológov. Tento proces môže byť akcelarový širším zavedením robotizovaných prístrojov, ktoré umožnia telechirurgiu. Budúcnosť endoskopických metód rekonštrukčnej chirurgie v urológii práve začína!

III. ČASŤ – KARCINÓM PROSTATY

Doc. MUDr. Frederico Goncalves, Ph.D.

Urologická klinika LFUK, Bratislava

Prof. Michael Marberger z viedenskej urologickej kliniky AKH sa v rámci European School of Urology venoval problematike liečebných možností lokalizovaného karcinómu prostaty. V druhej časti sekcie venovanej problematike karcinómu prostaty prof. Manfred Wirth z Drážďan prednášal o liečbe lokálne pokročilého karcinómu prostaty.

Možnosti liečby lokalizovaného karcinómu prostaty

Pacienti, u ktorých sa diagnostikuje karcinóm prostaty, v súčasnosti majú k dispozícii viaceré liečebné postupy. Lekári sa snažia ponúknuť pacientovi najadekvátnejší liečebný postup s ohľadom na prognostické faktory karcinómu, predpokladané prežívanie pacienta a účinnosť liečebného postupu. Radikálna prostatektómia však zostáva liečbou

voľby, lebo poskytuje možnosť odstránenia ochorenia a vyliečenia pacienta.

Novšie klinické štúdie na rozdiel od predošlých ukazujú lepšie vyhliadky lokalizovaného karcinómu predovšetkým vo vzťahu k dlhodobým výsledkom úmrtnosti. Jedna z nich sleduje 15 ročnú špecifickú úmrtnosť podľa veku a Gleasonovho skóre u konzervatívne liečených pacientov s lokalizovaným karcinómom prostaty. Zistili, že dobre diferencovaný karcinóm (Gleasonovo skóre 2–4) zriedka vedie k úmrtiu pacienta, práca konštatuje, že tieto karcinómy sú však zriedkavé. Stredne a zle diferencované karcinómy sa ukazujú ako príčina úmrtia pacientov oveľa častejšie aj v staršej populácii. Zistilo sa však, že pacienti, ktorí podstúpili lokálnu terapiu majú lepšie prežívanie. Radikálna prostatektómia má tú výhodu, že zabezpečí kontrolu ochorenia a znižuje špecifickú úmrtnosť lokalizovaného karcinómu prostaty. Viaceré pracoviská udávajú 25 ročné prežívanie viac ako 78 % pacientov liečených radikálnou prostatektómiou. Súčasné výsledky predstavujú 5 ročný čas bez progresie ochorenia na úrovni 77–83 % a 10 ročné výsledky sa pohybujú od 70–73 %.

Vonkajšia rádioterapia, najmä po zlepšení ožarovacej techniky (konformná rádioterapia), ktorá zlepšuje účinnosť metódy na úkor vedľajších účinkov, je vhodnou alternatívou u všetkých pacientov bez nálezů metastatického ochorenia.

Antiandrogénová liečba v kombinácii s rádioterapiou zlepšuje prežívanie a čas bez progresie ochorenia pravdepodobne pre jej cytoredukčný a synergistický účinok. Tento predpoklad potvrdili viaceré štúdie (RTGO 8690, RTGO 8531). Výsledky EORTC štúdie ukázali incidenciu lokálnej progresie za päť rokov len u 46 % pacientov liečených kombináciou antiandrogénov a rádioterapie oproti 71 % v kontrolnom ramene ($p < 0,001$). Podobne výsledky sa ukázali platné aj pre 5 ročný výskyt metastatického ochorenia (34 vs. 41 %; $p < 0,09$) a pre prežívanie bez progresie (36 vs. 15 %; $p < 0,01$).

Intersticiálna brachyterapia lokalizovaného karcinómu prostaty sa po zavedení biplanárnej ultrasonografie stala adekvátnym liečebným postupom. Predbežné výsledky ukazujú, že táto technika s použitím izotopu I-125 je prínosom u pacientov s dobrými prognostickými faktormi. Ostatní pacienti vyžadujú kombináciu s hormonálnou liečbou. Vysokodávková brachyterapia sa odporúča len v liečbe lokálne pokročilého nemetastatického karcinómu prostaty v kombinácii s vonkajšou rádioterapiou.

Odložená liečba u pacientov s lokalizovaným karcinómom prostaty dosahuje u pacientov s dobre až stredne diferencovaným karcinómom dobre špecifické prežívanie za 10 rokov (87%), naproti tomu, pacienti so zle diferencovaným karcinómom prostaty majú výrazne horšiu prognózu. Výskyt metastatického ochorenia bolo neporovnateľne väčší u pacientov so stredne diferencovaným karcinómom prostaty. Podľa súčasných vedomostí odložená liečba je vhodná pre pacientov s dobre diferencovaným karcinómom prostaty a predpokladom prežitia kratším ako 10–15 rokov.

Liečba lokálne pokročilého karcinómu prostaty

V posledných rokoch je optimálna liečba lokálne pokročilého karcinómu prostaty stále neupresnená. V zásade sa uznávajú tri postupy: radikálna prostatektómia, vonkajšia rádioterapia a konzervatívna liečba (prísne sledovanie a rôzne typy hormonálnej liečby).

Radikálna prostatektómia u pacientov s cT3 ukázala len 57 % špecifické prežívanie za 10 rokov sledovania týchto pacientov. Podobné výsledky udávajú aj série pacientov liečených vonkajšou rádioterapiou. Tieto výsledky podporujú názor, že u týchto pacientov je potrebná adjuvantná liečba (vyraďenie androgénov). Novšie postupy endokrinnej manipulácie sú pacientami dobre tolerované a dovoľujú robiť intermitentnú liečbu. U starších pacientov so závažnou komorbiditou prísny dohľad alebo odložená liečba predstavuje akceptovateľný postup rovnako ako u pacientov s lokálne pokročilým karcinómom prostaty. Nejasnou zostáva úloha endokrinnej manipulácie (včasná, intermitentná alebo odložená).

Gleasonovo skóre, invázia puzdra prostaty a pozitívne chirurgické okraje preparátu sú nezávislé prognostické faktory vo vzťahu k progresii ochorenia a prežívania pacientov. Niektoré menšie štúdie ukázali signifikantne lepšie prežívanie u pacientov, ktorí dostávali adjuvantnú liečbu oproti tým, u ktorých sa endokrinná liečba odložila. Podobné výsledky opisujú účastníci „Early Prostate Cancer Program“, ktorí hodnotia údaje 8113 pacientov. Doposiaľ je preukázateľné, že adjuvantná liečba s bicalutamidom 150 mg denne signifikantne znižuje riziko progresie ochorenia u pacientov s lokálne pokročilým ochorením. Doba sledovania pacientov je krátka a nedovoľuje urobiť závery týkajúce sa účinku tohto postupu na prežívanie pacientov.

Postavenie adjuvantnej rádioterapie po radikálnej prostatektómii sa u pacientov s lokálne pokročilým karcinómom prostaty nedá posúdiť, lebo chýbajú randomizované štúdie, ktoré by tento postup skúmali. Z tohto dôvodu sa adjuvantná rádioterapia neodporúča ako štandardnú liečbu.

Významné výsledky v prospech adjuvantnej hormonálnej liečby oproti monoterapii sa opisujú pri použití rádioterapie (brachyterapia alebo vonkajšia rádioterapia) ako primárnej liečby a to vo vzťahu k času do progresie a k prežívaniu pacientov.

IV. ČASŤ – KONTINENTNÁ DERIVÁCIA MOČU

prof. MUDr. Ján Breza, DrSc.

Urologická klinika LFUK v FNsP akademika L. Dérera

Kontinentná derivácia moču

Christopher Chapple, Sheffield, Veľká Británia

Stúpajúci počet radikálnych cystektómií v posledných rokoch viedol aj ku zlepšeniu kvality života pacientov po náhrade močového mechúra. Až 85 % pacientov je kontinentných počas dňa aj v noci a zostávajúcich 15 % rieši svoju parciálnu inkontinenciu pomocou absorbčných pomôcok. Kontinencia pri neovezikách je vyššia (85 % vz. 61 %) v porovnaní s pacientmi, u ktorých bola použitá ku-

tánná kontinentná stómia. Ortotopická náhrada mechúra v porovnaní s vlhkou stómiou je tak pre mužov ako aj pre ženy lepšia, čo sa týka pooperačnej rehabilitácie, sociálnej reintegrácie vrátane menšieho obmedzenia ich pooperačných aktivít.

Ortotopická neovezika je najprirodzenejšia náhrada močového mechúra. Kontinencia pri ortotopickej náhrade močového mechúra sa pohybuje medzi 80 až 90 % pre obe pohlavia pri sledovaní dlhšom ako šesť mesiacov. Pri hľadani mechanizmov zodpovedných za kontinenciu moču sa za dôležité považuje zachovanie autonómnej inervácie sfinktera uretry, ktorá má vplyv nielen na potenciu, ale signifikantne zlepšuje pooperačnú kontinenciu. Ďalším faktorom je lepšia selekcia pacientov na základe výsledkov špecifických zobrazovacích vyšetrení ako napr. transuretrálna sonografia, 3D počítačová tomografia atď.

Zatiaľ čo ortotopická náhrada močového mechúra u mužov viedla za poslednú dekádu ku zlepšeniu kvality života, u žien s tumormi panvy sa situácia začala meniť len nedávno. Anatomické a patologické štúdie Collesellioho a spol. o zvieraci ženskej močovej rúry s ohľadom na jeho morfológiu ako aj na okolité štruktúry panvového dna boli základom mnohých klinických sledovaní. Je dokázané, že rabdosfinkter ženskej močovej rúry je zachovaný aj v prípade odstránenia hrdla močového mechúra spolu s proximálnou uretrou pri cystektómii, nakoľko v oblasti hrdla močového mechúra nie je prítomná žiadna štruktúra zvieráča. Dôležité pre kontinenciu je zachovanie autonómnych nervových plexov. Klinické výsledky pri ortotopickej náhrade močového mechúra u žien s karcinómom močového mechúra sú porovnateľné, čo sa týka kontinencie, s výsledkami u mužov s dennou a nočnou kontinenciou 88 % resp. 79 % pri 70 mesačnom sledovaní. Taktiež boli úspešne konvertované inkontinentné derivácie u žien po cystektómii. Preto treba v súčasnosti prehodnotiť staré doktríny tvrdiace, že ortotopická náhrada močového mechúra je indikovaná len u mužov.

Incidencia postihnutia uretry nádorom je u žien stále nižšia ako u mužov. Avšak dysplázia vysokého stupňa alebo nádor v oblasti proximálnej uretry by mal byť kontraindikáciou subtotálnej uretrektómie a ortotopickej náhrady močového mechúra u žien. Nádor na trigóne však nie je považovaný za absolútnu kontraindikáciu pre uretru šetriacu operáciu. Nakoľko postihnutie hrdla močového mechúra zvyšuje riziko sekundárneho postihnutia uretry, je nutná predoperačná biopsia z oblasti hrdla močového mechúra, vyšetrenie regionálnych lymfatických uzlín uretry a podrobné klinické a sonografické vyšetrenie močovej rúry. Počas samotnej operácie sa doporučuje panvová lymfadenektómia až k lakunárnemu ligamentu a histologické vyšetrenie uretry zo zmrazených rezov.

Selekcia pacientiek na ortotopickú náhradu močového mechúra so zachovaním močovej rúry musí byť podľa prísnych kritérií, ktoré zahŕňajú lokálny staging, uretrálnu kompetenciu, celkový status a v neposlednom rade aj motiváciu pacientky. Vylúčené sú pacientky s tumorom v oblasti hrdla močového mechúra, s pozitívnymi okrajmi pri zmrazených rezoch, so zväčšenými LU a vzdialenými metastázami.

Kompetenciu uretry posúdime anamnesticky, endoskopicky, radiograficky a profilometricky. Pacientky so stresovou inkontinenciou II. stupňa a vyššou, hypermobilitnou uretrou a oklúznym tlakom nižším ako 30 cm H₂O pri profilometrii sú vylúčené z úvah o ortotopickej náhrade močového mechúra.

Asi 10–30 % pacientiek potrebuje po ortotopickej náhrade močového mechúra tzv. čistú intermitentnú katetrizáciu, preto je nutné brať do úvahy aj manuálnu dextricitu pacientky.

Najčastejšie používaným segmentom gastrointestinálneho traktu pri náhrade močového mechúra je ileum, využívajúc pri tom Goodwinovu techniku. Diskutovanou zostáva otázka techniky uretero-ileálnej anastomózy - implantácie močovodov.

Použitie hrubého čreva je ďalšou možnosťou pre vytvorenie kontinentného rezervoára moču. Najčastejšie je to sigma, ktorá má výhodu oproti ileu najmä čo sa týka vitamínu B12, straty biliárnych solí, relatívne jednoduchšiu antirefluxnú implantáciu močovodov. Na druhej strane jej nevýhodou je častejšie nočné močenie a vyšší tlak. Napriek akceptovanosti mnohými pacientmi je ešte potrebné dlhodobšie sledovanie najmä s ohľadom na horné močové cesty.

Odstránenie apendixu počas cystektómie a derivácie moču je stále diskutovanou otázkou. Môže byť metódou voľby na kreovanie kontinentného mechanizmu pri náhrade močového mechúra. Taktiež nebol popísaný vyšší výskyt apendicitíd u pacientov s deriváciou moču a ponechaným apendixom.

V operovanom súbore pacientov bola kapacita neoveziky od 400 do 750 ml, postmikčné rezíduum od 0 do 150 ml a uretrálny tlak bol od 30 do 35 cm H₂O s priemerom 32, čo neboli signifikantné zmeny oproti predoperačnému vyšetreniu (28–42 cm H₂O, priemer 33,4).

Ortotopickú náhradu močového mechúra u indikovanej skupiny pacientiek autori doporučujú ako vhodnú metódu rekonštrukcie dolných močových ciest, pri ktorej je kvalita života vyššia a umožňuje pacientovi plnohodnotný návrat k predoperačným aktivitám.