

ZPRÁVA Z XX. KONGRESU EAU V ISTANBULU 2005

MUDr. Roman Staněk

Urologické oddělení SN Opava

Istanbul je město rozkládající se na dvou kontinentech. Je městem nám vzdálenější kultury, ale také místem, kde se kromě světadílů různé kultury setkávají. V tomto městě se konala XX. výroční konference EAU.

Prof. Türkeri přednášel o karcinomu močového měchýře a především jeho rizikové formě T1G3. V jeho přehledné přednášce byla shrnuta problematika karcinomu močového měchýře a postup při nálezu T1G1. Doporučuje TUR močového měchýře s následnou časnou intravezikální instilací mitomycinu (adriamycinu, případně epirubicinu) do 6–24 hod po operaci. Tento postup umožňuje redukci recidiv o 40%, při eventuální recidivě pak doporučuje aplikaci BCG v iniciálním a následném udržovacím schématu až 3 roky. T1G3 je rizikový tumor močového měchýře, dle Solsony dochází k recidivám v tomto případě v 82% a k progresi nádoru do vyšších stadií ve 48%. U karcinomu T1G3 doporučuje Türkeri postup s TUR tumoru, časnou intravezikální aplikací mitomycinu (adriamycinu nebo epirubicinu) a s iniciální a udržovací léčbou BCG. Ve srovnání s radikální cystektomií vykázal tento konzervativní postup 86% přežití oproti 56% při RACE. RACE je vyhrazena pacientům s multifokálními výskyty nádoru, nonrespondentům k BCG, postiženým včasnou recidivou tumoru po 3 měsících, s vysokým gradingem G3 a T stadiem T2-4. Grossmann a Debruyne věnovali svá sdělení problematice diagnostiky karcinomu močového měchýře pomocí markerů (viz tabulka 1).

Debruyne ve své přednášce „Will markers replace cystoscopy?“ odkázal na práci Vriesenna v The Journal of Urology z roku 2000, kde ze 102 pacientů 89% preferuje cystoskopii před použitím testů, které mají nižší senzitivitu než 90%. V současnosti je cystoskopie nadále považována za zlatý standart, flexibilní cystoskopie za „platinový“. Budoucnost Debruyne vidí v kombinaci flexibilní cystoskopie, biochemických testů a cytologie. Srovnával také cystoskopii a intravezikálně podávané porfyriny, kdy poukázal na to, že při použití intra-

vezikálního PDD (Hexvix) je 73–96% detekce karcinomu močového měchýře, oproti běžné cystoskopii, která má jen 84–89% detekci. Při použití této metody se aplikuje PDD 1 hodinu před vyšetřením a zajišťuje minimálně invazivní přístup, s menším množstvím komplikací oproti systémově podávaným PDD. Je tak zajištěn až o 29% vyšší záchyt karcinomu močového měchýře a o 59% vyšší záchyt CIS.

Poppel se věnoval otázce nefrektomie při metastazujícím karcinomu ledviny (RCC). Poukázal, že klasická trias se vyskytuje již jen u 19% pacientů, paraneoplastické syndromy ve 25%. Ve svém sdělení zdůraznil důležitost konzervativního přístupu, normalizaci krevního obrazu: Hb, normalizaci Ca^{2+} a tlášení bolesti. Současné dostupné studie vykazují při použití INF 15–20% odpověď s přežitím 3 roky kolem 4–5%. Při provedení nefrektomie u metastatického postižení nalezl 4–17% mortalitu a 1% přežití 1 rok. Zajímavým tématem byla Novickova přednáška o postavení resekce ledviny v terapii jejího karcinomu. Poukázal na Clevelandskou studii 1231 pacientů, kde 5leté přežití po resekci bylo 92%, (karcinom specifické 98%), 10leté přežití 77% (karcinom specifické 82%), vzdálené metastázy se objevily v 5,8% a lokální metastázy v 3,2% případů. Zmínil Lanovu studii z roku 2000, kdy při srovnání radikální nefrektomie a resekce byla doba přežití shodná. V současném rozmachu laparoskopické operativy ale nedoporučuje provádět laparoskopickou resekci ledviny vzhledem k 11% výskytu komplikací oproti 2% komplikací při resekci otevřené. Novick resekci doporučuje v těchto případech: solitární ledvina, druhá ledvina s postižením, systémové choroby s proteinurií a snížením funkční kapacity ledvin, bilaterální tumor, tumor menší než 4 cm, u solitární ledviny tumor menší než 5 cm. Další přednáškou zabývající se problematikou indikace resekční léčby bylo sdělení Nicola „The dilemma of small incidentally renal tumor“. Podobně jako u karcinomu prostaty dochází k nárůstu incidence, který není doprovázen symetrickou změnou

přežívání. Studie SEER z Kanady 1961–2004 odhalila 2,3–4,3x roční nárůst incidence, přičemž riziko smrti zůstává shodné. Pětasedmdesát procent karcinomů bývá diagnostikováno jako T1-2, G1-2. S diagnostikou karcinomu ledviny je spojena i Bosniakova klasifikace (viz tabulka 2).

Karcinom prostaty byl i na istanbulském setkání jedním z hlavních témat. Janetschek prezentoval výsledky radioizotopem cílené laparoskopické lymfadenektomie sentinelové uzliny. Ukazuje se, že obturatorové uzliny jsou spádovými uzlinami jen z 50%. Studer ale upozornil na možnost přehlédnutí velmi postižených uzlin, ve kterých se radioizotop nevyčtyává. Marburgská studie prokázala pozitivitu lymfatických uzlin dle lokality; vnitřní ilické uzliny byly postiženy ve 12%, interní ilické v 17% a obturatorové v 21%. Carroll ve své přednášce „PSA and predicting role in 2005“ upozornil na to, že hladina PSA nekoreluje s objemem tumoru, významným prediktivním faktorem je PSA doubling time, a PSA velocity. Hulland nedoporučuje lymfadenektomii jako terapeutický postup, opírá se o studie Bhata-Dana (Urology, 2004, 336), DiMarca (J. Urol. 2005, 7736), Bada (J. Urol. 2003) a Clarka (J. Urol. 2003). Dr. Lilja z New Yorku se zamýšlel nad současnými možnostmi užití PSA v diagnostice karcinomu prostaty. Poukázal na epidemiologii karcinomu prostaty v severovýchodních státech, vyplývající z Preventive Medicine Study Cohort z Malmö ve Švédsku. Jedná se o soubor 21 277 mužů sledovaných v letech 1974–1984. PSA vyšší než 3 mělo 5855 mužů ve věku 50–66 let. V biopsiích bylo zaznamenáno 9,2%, tj. 539 karcinomů prostaty. Zajímavostí bylo procento zachyce-

Tabulka 2. Výskyt karcinomu ledviny dle Bosniakovy stupnice

Bosniak	RCC
I	2%
II	38%
III	54%
IV	92%

Tabulka 3. Záchyt karcinomu prostaty dle hladiny PSA

PSA	CaP rate
1,0–1,5	4,8%
1,5–2,0	12,6%
2,0–2,5	21,4%

Tabulka 1. Srovnání testů pro diagnostiku karcinomu močového měchýře

	Senzitivita	Specifita
Cytologie	49	96,6
BTA Stat	67	67
NMP22	64	71
Immunocyst	56	84

ných karcinomů prostaty pod cut pointe, PSA 2,0 (viz tabulka 3).

Z uvedené tabulky vyplývá další úvaha o snížení tzv. cut pointu PSA. Doporučuje provádět biopsie již při PSA 1,0, na druhou stranu doporučuje prodloužit interval opakovaného odběru PSA. Samozřejmě doporučuje aktivní hledání nových molekulárních markerů pro posílení schopnosti detekce agresivních karcinomů prostaty. Profesor Teilac informoval o použití HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) u karcinomu prostaty T1/T2 u 7000 pacientů. Jedná se o minimálně invazivní terapii karcinomu prostaty s minimem nežádoucích účinků a signifikantním zkrácením doby hospitalizace. Po 5 letech sledování dosahují autoři 87% úspěšnost terapie bez relapsu (137 pacientů má negativní biopsii prostaty a PSA s hladinami <0,5 ng/ml). V současnosti tato studie probíhá v 63 centrech Evropy. Výsledky byly již zaslány k posouzení FDA. Po ultrazvukové identifikaci patologických lézí prostaty se aplikuje HIFU, vyvolávající termickou nekrózu (dosahuje intraprostaticky 85 až 100°C).

Chappel informoval o výsledcích studie TOCAS – s novou formou tamsulózinu v gelové kapsli s pomalým uvolňováním, s novými farmakokinetickými vlastnostmi. Vyzdvihl nižší výskyt ortostatických kolapsů, se stejnou efektivitou jako tamsulozin 0,4 mg.

Zajímavým sdělením byla Albersova prezentace o resekční léčbě při benigních lézích testes. Za indikace považuje non-germinativní tumory varlat, teratomy u dětí nebo malé tumory solitárního varlete a situace kdy se chceme vy-

hnout nadbytečné terapii pacientů s intersexem. V preparaci postupuje inguinálním přístupem, tak aby nepoškodil cévy, užívá bipolární kauter. Okraje excize jsou minimálně 1 mm okolo tumoru. V histologickém vyšetření je možno provést vyšetření „na zmrzlo“, ale Albers preferuje konečnou histologii a spíše následné provedení radikální orchiektomie v druhé době. Při exploraci provádí biopsii varlete z okolí léze, aby vyloučil intraepiteliální neoplazii, která je indikací k následné radioterapii. Tímto postupem dosahuje 85% úspěšnost v zachování testikulárních funkcí, 4 pacienti ze 79 měli lokální recidivu.

Abrams prezentoval Sussmanovu prospektivní otevřenou studii s tolterodinem ER 4mg, další léčebnou formou látky s pomalým uvolňováním. Tento trend vidíme ve vývoji další farmaceutických výrobků. Hodnocení 5.–7. den podávání tolterodinu ER 4 mg vykazuje 13–20% redukcí četosti mikce, 50–67% redukcí urgencí, 50–75% redukcí epizod inkontinence a 30% redukcí nykturií. Výskyt nežádoucích účinků je minimální. Ve srovnání s placebem je výskyt suchosti v ústech 14 vs. 6%, retence močová nastává v 1 vs. 0,5% a nevolnost 3 vs. 1% případů.

Velmi mne zaujala sdělení týkající se problematiky diagnostiky a terapie stresové inkontinence. Artibani na základě rešerše z Cochran databáze poukazuje na to, že v případě simplexní stresové inkontinence není nutno provádět invazivní urodynamiku a stačí diagnózu postavit na základě neinvazivních urodynamických parametrů jako jsou uroflowmetrie, mikční kalendář a reziduální moč.

Boccon-Gibbod a Bemelman se utkali v „přednáškovém souboji“ TVT verus TOT. Boccon-Gibbod zastupoval obhájce TOT (transobturator tape), zatímco Bemelman obhajoval TVT (tension free vaginal tape). Pro TOT hovoří nulový výskyt komplikací jako je perforace střeva, perforace močového měchýře a nižší riziko poranění velkých cév. Naopak vyšší riziko vaginální eroze a neuralgie adduktorových nervů. Překvapením je malé množství randomizovaných studií, celkově pouze 3 (technologie TVT se stala standartem dříve, než byla ve studiích ověřena). Obě metody jsou velmi úspěšné, TVT má efektivitu kolem 93%, TOT kolem 95%.

Měl jsem také možnost shlédnout strhující přednášku profesora Mundyho. Kromě vynikajícího anglického humoru se podělil s posluchači také o své zkušenosti s léčbou striktury uretry. Podal ucelený přehled možností řešení a vysvětlil svůj celkový náhled, který lze shrnout: pokud lze strikturu řešit resekci a následnou anastomózou, pak by měla být provedena. Pokud je nutno provádět substituční výkony, pak nejlépe dorsální grafting s využitím retroaurikulární kůže nebo bukální sliznice. Dilatace uretry je vyhrazena jako paliativní metoda léčby striktury membranozní uretry. Další technologie jako laserová uretromie, zavádění uretrálních stentů jsou pouze drahé, případně obsolentní metody („vhodné tak leda do buše“).

Nezbývá než se opět těšit na další setkání urologů a očekávat nové poznatky z našeho oboru.