

Roboticky asistovaná okluze vezikovaginální píštěle – krok za krokem

Robotic-assisted vesicovaginal fistula repair: step by step

Markéta Matějková

Urologické oddělení, ÚVN Praha

Došlo: 10. 10. 2019

Přijato: 7. 2. 2020

Kontaktní adresa:

MUDr. Markéta Matějková

Urologické oddělení ÚVN

U Vojenské nemocnice 1200, 169 00 Praha

e-mail: marketa.matejkova@uvn.cz

Střet zájmů: Žádný.

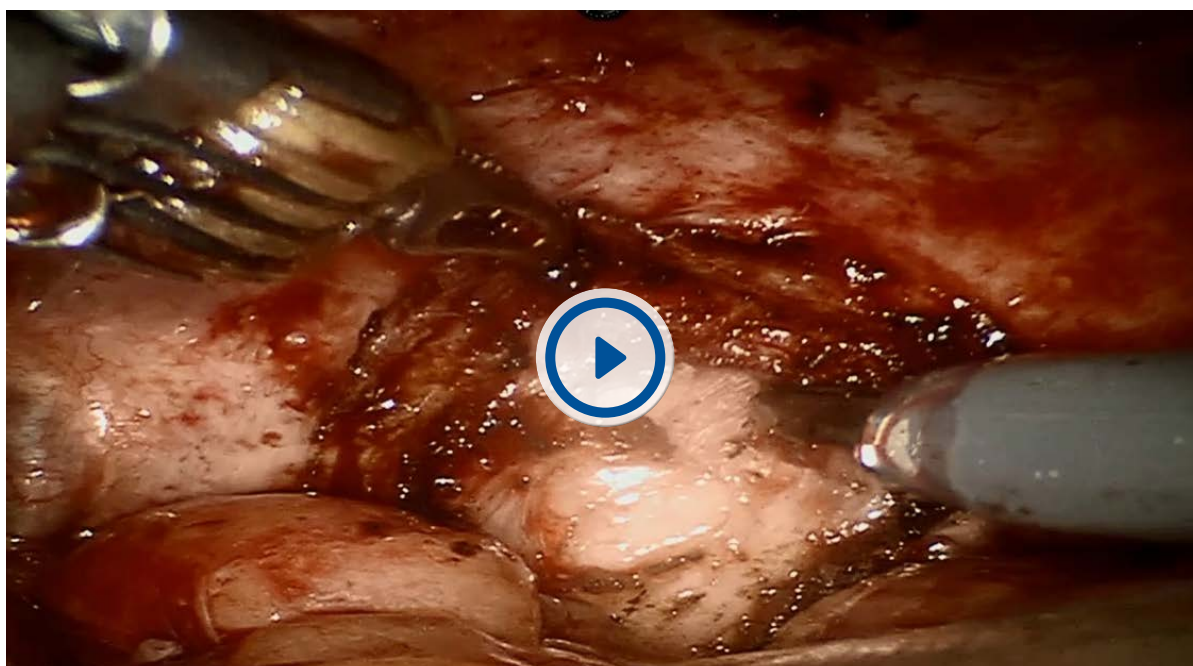
Prohlášení o podpoře: Zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

SOUHRN

Matějková M. Roboticky asistovaná okluze vezikovaginální píštěle – krok za krokem.

Úvod: Vezikovaginální píštěl je patologická komunikace mezi močovým měchýřem a pochvou. Nejčastěji se vyskytuje v rozvojových zemích jako poporodní komplikace a jako iatrogenní pooperační komplikace především v zemích vyspělých. Video prezentuje operační výkon v jednotlivých krocích.

Materiál a metody: V období 11/2005–5/2019 podstoupilo robotickou okluzi vezikovaginální píštěle na našem pracovišti již 15 patientek pomocí



systému da Vinci S a Si. U všech pacientek došlo ke vzniku píštěle po předchozí gynekologické operaci s rozvojem obtíží v rozmezí dvou až šesti týdnů od operace. U devíti pacientek se jednalo o předchozí operaci pro benigní onemocnění, tedy uterus myomatosus, tři pacientky trpěly hypermenorheou, další tři pacientky byly indikovány k operačnímu řešení pro maligní onemocnění, dvě pro karcinom endometria, jedna pro karcinom děložního čípku. Deset pacientek podstoupilo laparoskopickou vaginálně asistovanou hysterektomii, čtyři pacientky podstoupily operační výkon klasickou abdominální cestou. Jedna z pacientek prodělala nejprve laparoskopický výkon. Pro pooperační krvácení byla provedena otevřená revize do 24 hodin od výkonu se suturou močového měchýře. U dvou pacientek selhaly předchozí pokusy o uzavěr fistuly (laparoskopický a otevřený – abdominální přístup). U další pacientky pak selhal pouze jeden laparoskopický pokus o uzavěr píštěle.

Výsledky: Průměrná doba operace byla 151 (105–192) minut, krevní ztráty byly u všech pacientek neměřitelné. Průměrná doba hospitalizace byla 12 (6–19) dní. Průměrná délka katetrizace byla 12 (9–18) dní. Plánovaně jsme ponechávali permanentní katétr zpočátku 12 dní, někdy i déle, spíše pro pocit jistoty a dle rozhodnutí operátora, postupně jsme dobu katetrizace zkracovali. Jedna z pacientek si jedenáctý den katétr omylem vytrhla a krvácela, proto jsme u ní ponechali cévku o sedm dní déle. U žádné z pacientek jsme neznamenali žádnou časnou ani pozdní pooperační komplikaci. Všechny pacientky podstoupily kontrolní cystoskopické vyšetření po třech měsících od operace a u žádné nebyla prokázána recidiva píštěle. Toto vyšetření jsme prováděli rutinně, abychom ověřili celkový stav močového měchýře, kapacitu, stav jizvy i ureterálních ústí.

Závěr: Vezikovaginální píštěl se vyskytuje ve vyspělých zemích jako komplikace po gynekologických operacích pro benigní onemocnění v 80 %, následkem porodního traumatu v 10 %, radioterapie v 5 % a jako komplikace gynekologické onkologické operace v 5 %. Vzhledem ke vzrůstajícímu počtu gynekologických výkonů budou jistě přibývat i komplikace, jejichž řešení je nutno se

věnovat se stejnou péčí. Robotický přístup patří mezi nejmodernější metody. Umožňuje rychlejší a přesnější operační zákrok a zkracuje dobu rekonvalescence. Naše pětileté výsledky potvrzují 100% efektivitu této metody u pacientek s fistulou vzniklou po předchozím operačním zákroku.

KLÍČOVÁ SLOVA

Vezikovaginální píštěl, robotická operace.

SUMMARY

Matějková M. Robotic-assisted vesicovaginal fistula repair: step by step.

Introduction: Vesicovaginal fistula is a pathological communication between the bladder and the vagina. It most commonly occurs as a postpartum complication in developing countries and as an iatrogenic postoperative complication in developed countries. The presented video illustrates the surgical procedure in individual steps.

Material and methods: In the period from 11/2005 to 05/2019, a total of 15 patients underwent robotic-assisted vesicovaginal fistula repair using the da Vinci S and Si systems at our centre. All the patients developed a fistula after previous gynaecological surgery, with their symptoms developing within 2 to 6 weeks following the procedure. In nine patients, it was previous surgery for a benign condition (uterine fibroids); three patients had hypermenorrhoea; another three patients were indicated for surgical management of malignant disease – two for endometrial cancer and one for cervical cancer. Ten patients underwent laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy; four patients had classic abdominal surgery. One of the patients had laparoscopic surgery first. Because of postoperative bleeding, an open revision was performed within 24 hours of the procedure with a bladder suture. In two patients, previous attempts at closing the fistula (laparoscopic and open – abdominal approach) failed. In another patient, only one laparoscopic attempt at closing the fistula failed.

Results: The average operation time was 151 (105–192) minutes; blood losses were unmeasurable in all the patients. The average duration

of hospital stay was 12 (6–19) days. The average catheterization time was 12 (9–18) days. We intentionally left an indwelling catheter in place for 12 days initially, sometimes even longer for a sense of security, and based on the surgeon's decision, decreased the catheterization time gradually. On day 11, one of the patients pulled out her catheter accidentally and experienced bleeding; thus, the catheter was left in place for additional 7 days. No early or late postoperative complications were noted in any of the patients. All the patients underwent follow-up cystoscopy at three months after surgery and no fistula recurrence was observed in any of them. We performed this on a routine basis to check the general condition and capacity of the bladder, as well as the status of the scar and ureteral orifices.

Conclusion: In developed countries, a vesicovaginal fistula occurs as a complication following gynaecological surgery for benign disease in 80%, due to obstetric trauma in 10%, after radiotherapy in 5%, and as a complication of gynaecological oncological surgery in 5%. Given the increasing number of gynaecological procedures, complications will certainly be on the rise and their management will require adequate care. The robotic approach is among the most up-to-date methods, allowing for a more rapid and accurate surgical procedure and reducing the recovery time. Our five-year results show a 100% efficacy of this method in patients with a fistula due to previous surgery.

KEY WORDS

Vesicovaginal fistula, robotic surgery.



Soutěž ČUS



Všechna videa publikovaná v časopise Česká urologie v roce 2020 budou do soutěže zařazena automaticky. Podmínkou zařazení je, že první autor bude urolog.

Vítězné práce budou vyhlášeny na Výroční konferenci ČUS 2021.

Následně budou výsledky zveřejněny v časopisu Česká urologie a na webových stránkách ČUS.