

Šetření hrdla močového měchýře při RARP

Bladder neck preservation with RARP

Jan Schraml, Marek Broul, Martin Hlavička, Miloš Bočan

Klinika urologie a robotické chirurgie, Masarykova nemocnice, o. z., KZ, a. s., Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Ústí nad Labem

Došlo: 14. 6. 2020

Přijato: 18. 6. 2020

snižuje riziko dehiscence – leaku z anastomózy a pozitivně přispívá k obnovení kontinence moči.

Kontaktní adresa:

MUDr. Marek Broul, Ph.D.

Klinika urologie a robotické chirurgie,

Masarykova nemocnice, o. z., KZ, a. s.,

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně,

Sociální péče 3316/12a, 401 13 Ústí nad Labem

e-mail: marek.broul@kzcr.eu

Střet zájmů: Žádný.

Prohlášení o podpoře: Zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

.....

HRDLO ŠETŘÍCÍ RARP

Prezentujeme možnost prezervace hrdla močového měchýře pomocí robotického systému daVinci XI při roboticky asistované radikální prostatektomii. Dokonalé 3D zobrazení (vyšší rozlišení a zvětšení obrazu při stabilitě kamery) nám, při využití flexibility konců nástrojů (Endowrist), umožňuje tangenciální preparaci vůči prostatě, a tak je možné zachovat hrdlo močového měchýře.

Maximální možné šetření hrdla měchýře, při zachování onkologické radikality, usnadňuje následnou rekonstrukci veziko-uretrálního spojení, a tím

DISKUZE

O zachování hrdla močového měchýře během roboticky asistované radikální prostatektomie se snažíme při každém výkonu, ale někdy to může být značně obtížné. Rekonstrukce hrdla močového měchýře je ztížena či zcela znemožněna anatomickými poměry, velikostí prostaty, asymetrií jejích laloků či přítomností středního laloku. Dále stav komplikují předchozí operace prostaty (TURP, TVPE, laser, enukleace apod.) (1). Široké hrdlo se obtížněji našívá na uretru a je rizikem pro netěsnost anastomózy. To může vést ke špatnému hojení anastomózy a zhoršení kontinence moči (2). Tradičně se provádí u RARP tzv. „tennis racket reconstruction“, při které se zužuje velké hrdlo měchýře na č. 6. Seaman et al. porovnali skupinu 29 pacientů s touto rekonstrukcí a 30 kontrol a zjistili tříměsíční míru kontinence 93 % ve skupině s rekonstrukcí oproti 33 % u kontrol (3). Inovaci této klasické metody představili Tolkach et al. Po provedení standardní „tennis racket“ rekonstrukce přidali další hluboký steh přes všechny vrstvy dorzální plochy detruzoru, kterým toto zúžené hrdlo ještě překryli a zmenšili, čímž dosáhli lepší kontinence oproti kontrole (4). Provedení těchto technik je však obtížnější u RARP a LRP, protože není na zadní plochu měchýře dobře vidět, a také nelze při jejím užití ideálně „překrýt“ ureterální ústí, která se obvykle nacházejí blízko okraje resekováného hrdla

měchýře a mohou tak zůstat příliš blízko u anastomózy. V případě nutnosti se právě proto provádí toto zúžení na přední straně. Lin et al. publikovali výsledky 279 pacientů, přičemž u 27 % provedli transverzální rekonstrukci měchýře. Míra kontinence u těchto pacientů byla za 1, 3, 6 a 12 měsíců od operace 29,8 %, 91,8 %, 97,3 % a 97,3 % (5).

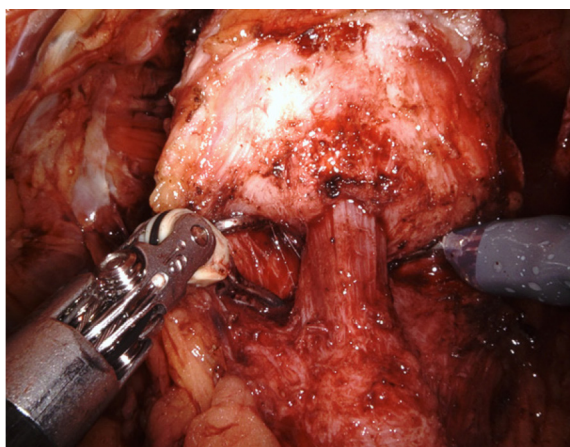
ZÁVĚR

Všechny tyto publikované techniky nás vedou k maximálnímu možnému zachování co nejužšího hrdla močového měchýře i s prezervací části

prostatické uretry při zachování onkologické radikality. To vše je umožněno lepším zobrazením a manipulací v této oblasti při využití všech výhod robotického systému daVinci ve srovnání s klasikou či laparoskopickou technikou.

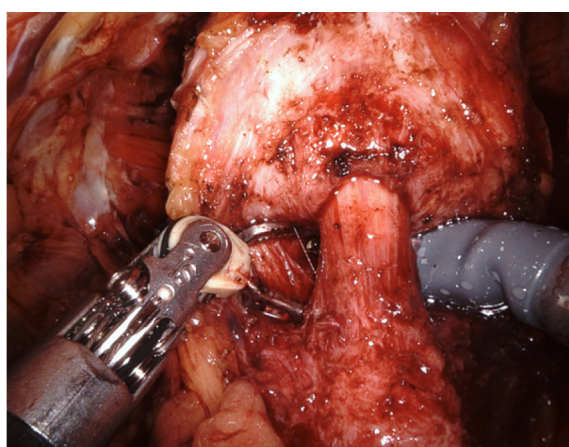
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- LRP – laparoskopická radikální prostatektomie
- RARP – roboticky asistovaná radikální prostatektomie
- TURP – transuretrální resekce prostaty
- TVPE – transvezikální prostatektomie



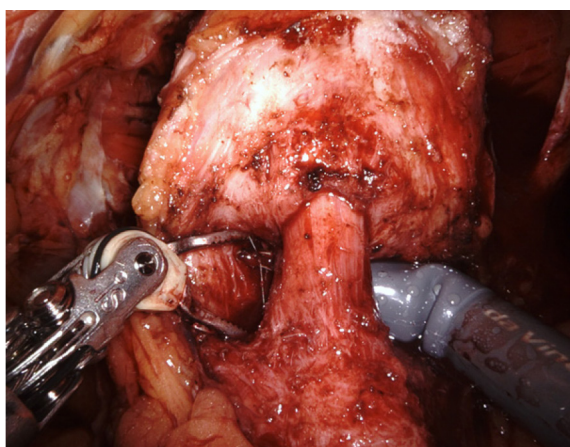
Obr. 1. Ukazuje prezervaci hrdla močového měchýře využitím endowristu robotických nástrojů

Fig. 1. Bladder neck preservation using EndoWrist robotic instruments



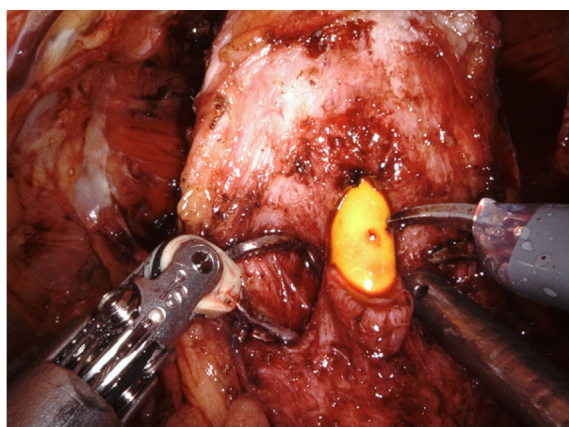
Obr. 3. Detail kompletně uvolněného hrdla

Fig. 3. Detail of the bladder neck having been separated completely



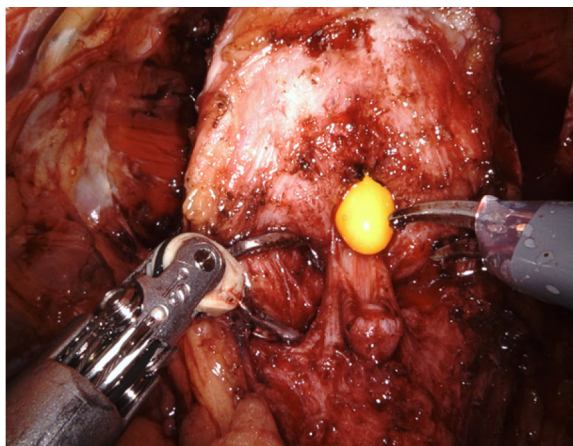
Obr. 2. Ukazuje další fázi při šetření hrdla, kdy je již hrdlo kompletně uvolněno od prostaty a obejito nástroji

Fig. 2. The subsequent phase of bladder neck preservation with the neck being completely separated from the prostate and with instruments placed around it

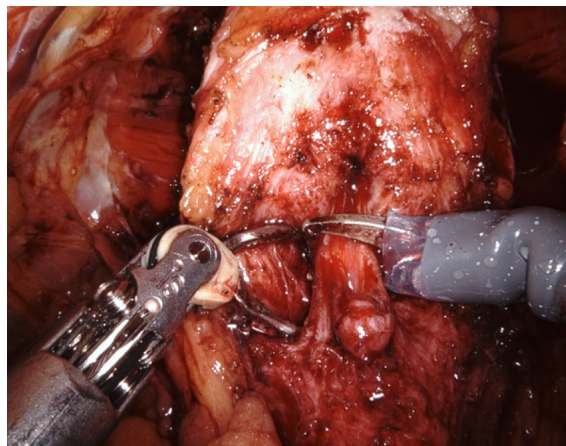


Obr. 4. Ukazuje fázi přerušení hrdla močového měchýře na zavedeném permanentním močovém katétru stříhem nůžek bez použité koagulace

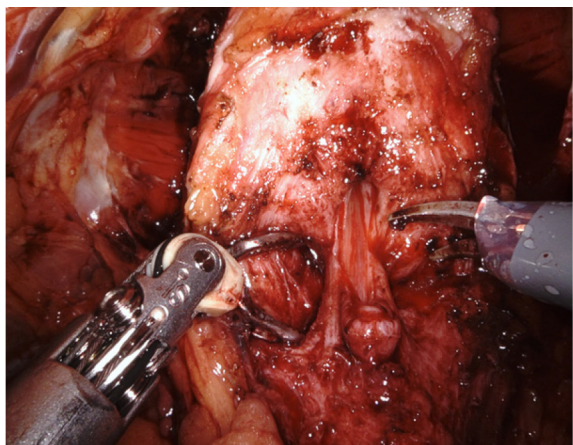
Fig. 4. The phase of bladder neck transection on an indwelling urinary catheter using scissors with no coagulation



Obr. 5. Na snímku je vidět vtažení cévky do prostaty tak, aby byla přístupná zadní strana hrdla k odstřížení
Fig. 5. The catheter has been retracted into the prostate in order to make the posterior aspect of the bladder neck accessible for dissection



Obr. 7. Poslední stříh
Fig. 7. The final cut



Obr. 6. Ukazuje stav před posledním stříhem, kdy už je močový katétr zcela odstraněn
Fig. 6. The situation before the final cut with the catheter having been removed completely

LITERATURA

1. Verze P, Greco F, Scuzzarella S, et al. The impact of previous prostate surgery on the outcomes of laparoscopic radical prostatectomy. *Minerva urologica e nefrologica = The Italian journal of urology and nephrology* 2017; 69(1): 76–84.
2. Študent V, Šarapatka J, Švihra J, et al. Faktory ovlivňující kontinenci po radikální prostatektomii. *Urolog. praxi* 2017; 18(3): 115–118.
3. Seaman EK, Benson MC. Improved continence with tubularized bladder neck reconstruction following radical retropubic prostatectomy. *Urology* 1996; 47(4): 532–535.
4. Tolkach Y, Godin K, Petrov S, et al. A new technique of bladder neck reconstruction during radical prostatectomy in patients with prostate cancer. *International braz j urol* 2015; 14(3): 455–465.
5. Lin VC, Coughlin G, Savamedi S, et al. Modified transverse plication for bladder neck reconstruction during robotic-assisted laparoscopic prostatectomy. *BJU international* 2009; 104(6): 878–881.