

Dorzální protuberance pubické symfýzy jako překážka provedení radikální prostatektomie

Posterior pubic symphyseal protuberance as an obstacle to radical prostatectomy

Milan Hora¹, Jiří Ferda², Kristýna Pivovarčíková³, Jaroslav Zeman⁴, Hana Sedláčková¹

¹Urologická klinika, LF UK a FN Plzeň

²Klinika zobrazovacích metod, LF UK a FN Plzeň

³Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

⁴Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, LF UK a FN Plzeň

Došlo: 28. 1. 2021

Přijato: 9. 2. 2021

Kontaktní adresa:

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

E. Beneše 13, 305 99 Plzeň

e-mail: horam@fnplzen.cz

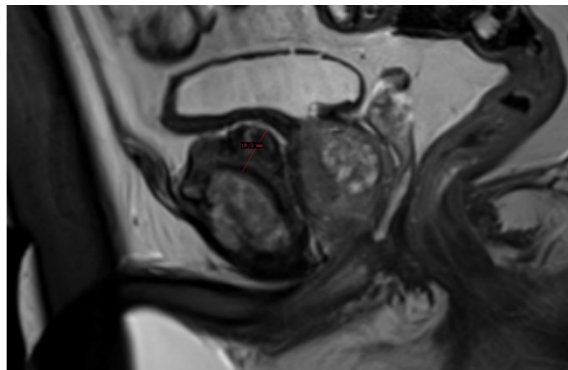
Střet zájmů: Žádný.

Prohlášení o podpoře: Podpořeno MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice) Plzeň – FNPI, 00669806.

Dorzální protuberance (ev. protruze) pubické symfýzy (1, 2) klinicky významně ztěžující provedení výkonu je poměrnou častý nález při radikální prostatektomii (RP), odhadujeme minimálně 10 %. Při aplikaci retropubického přístupu může znesnadňovat či dokonce znemožňovat přístup k Santorinskému plexu, jeho bezpečnému ošetření a též provedení uretrovezikální anastomózy. U otevřené retropubické radikální prostatektomie není problém v případě potřeby odseknout protuberanci dlátem. Je popsáno i užití elektro-

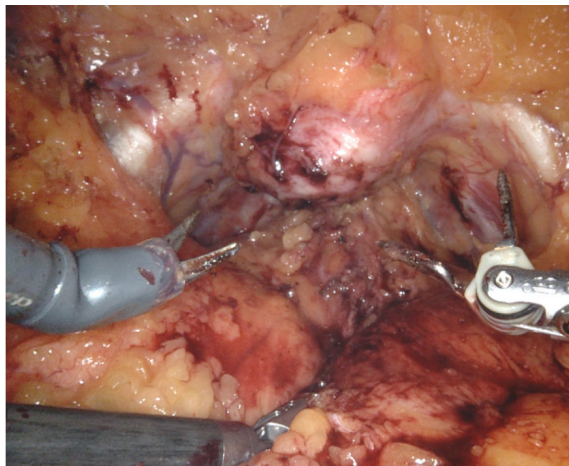
kauteru (3). U laparoskopické radikální prostatektomie (LRP) může být důvodem konverze se zmíněným odseknutím protuberance. Sami jsme v našem již historickém souboru 1 046 LRP z tohoto důvodu konvertovali 2× (0,19 %).

V obrazové kazuistice prezentujeme objemnou pubickou protuberanci, která byla dobře patrná na MRI (obr. 1) a nemocný byl informován, že nález může znemožnit robotické provedení RP. Výkon proveden na čtyřramenném přístroji



Obr. 1. MRI, T2 vážení, sagitální řez oblastí pubické symfýzy; měřítkem označena masivní protuberance šíře až 1,9 cm

Fig. 1. MRI, T2, sagittal view through pubic symphysis; massive pubic protuberance marked with gauge, width up to 1.9 cm



Obr. 2. Peroperační obrázek. Optika 30° rotovaná dorzálně; na horní části obrázku nad linií a mezi nástroji (nůžky a bipolární grasper Maryland™) je patrná protuberance

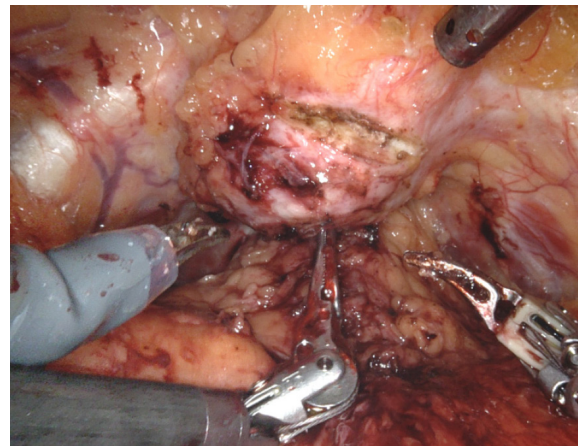
Fig. 2. Picture from surgery. Optic 30° rotated ventrally; protuberance is visible in the upper part of figure over line and between instruments (scissors and bipolar grasper Maryland™)



Obr. 4. Po naříznutí perichondria se vyprazdňují hmoty připomínající revmatické tofy

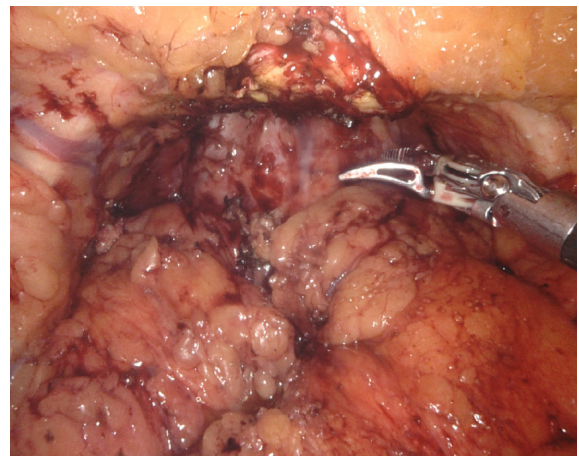
Fig. 4. Following incision of perichondrium, mass protruded and resembling rheumatic toff

da Vinci Xi, transperitoneálním přístupem. Během uvolnění Retziova prostoru byla verifikována objemná protuberance pubické symfýzy odpovídající MRI nálezu (obr. 2). Při palpaci protuberance robotickými nástroji však bylo patrné, že není tvrdá (jako například u osteofytů), ale balotuje. Pokusili jsme se tedy úspěšně pomocí nůžek otevřít perichondrium, pod nímž se nalézaly měkké sekvestry (obr. 3, 4). Podařilo se protuberanci dostatečně zresekovat, takže byla radikální prostatektomie proveditelná. Ale



Obr. 3. Monopolárními nůžkami zahájena incize protuberance, která při pohmatu s grasperem (Prograsp™) balotovala

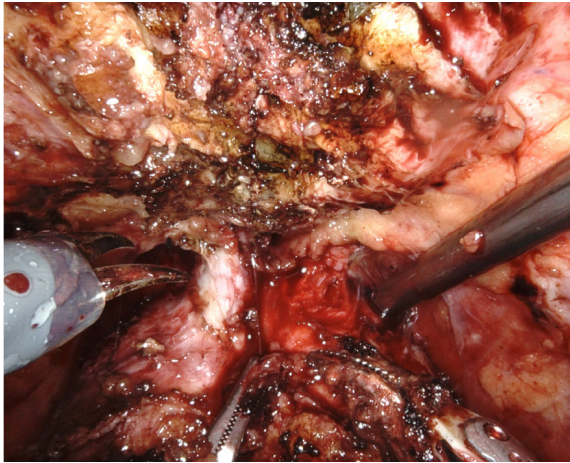
Fig. 3. Incision of protuberance begins with monopolar scissors; protuberance was relatively soft by touching of grasper (Prograsp™)



Obr. 5. Protuberance téměř kompletně odříznuta, přístup k Santorinskému plexu již možný, byť byla nutná optika 30° s rotací ventrálně; s přímohlednou optikou a běžnými laparoskopickými nástroji by nebyl výkon proveditelný

Fig. 5. Protuberance almost completely cut off, access to the Santorini plexus already possible, although 30° optics with ventral rotation were required; with straight-line optics and conventional laparoscopic instruments, performance would not be feasible

přístup k Santorinskému plexu a uretře byl stejně možný jen díky využití robotických nástrojů a ventrálně rotované 30° optiky. Histologický nález z odstraněné tkáně symfýzy byl následující: útržky místy mírně hypercelulární hyalinní chrupavky, bez výraznějších atypií a kolagenní vazivo. Z klinických vlastností a vyšetření patologem tedy vyplývá, že v tomto případě nelze



Obr. 6. Incize Santorinského plexu nůžkami za použití 30° optiky rotované ventrálně

Fig. 6. Cut of Santorini plexus – 30° optics with ventral rotation

nález u pacienta při přítomnosti pouze chrupavčitých hmot (při absenci kostěné složky) definitivně uzavřít jako osteokartilaginózní exostózu (osteochondrom). Nález byl nespécifický, nelze ho shrnout do žádné definované histologické jednotky. Pooperační průběh byl bez komplikací.

LITERATURA

1. Nam D-H, Hwang EC, Im CM, et al. Factors affecting the outcome of extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy: pelvic arch interference and depth of the pelvic cavity. Korean journal of urology 2011; 52(1): 39–43.
2. Samavedi S, Abdul-Muhsin H, Pigilam S, Sivaraman A, Patel VR. Handling difficult anastomosis. Tips and tricks in obese patients and narrow pelvis. Indian J Urol 2014; 30(4): 418–422.
3. Kim SC, Weiser AC, Nadler RB. Resection of a posterior pubic symphyseal protuberance using the electrocautery device. Urology 2000; 55(4): 586–587.