

Oboustranná inguinální hernie řešená sítkou během extraperitoneální roboticky asistované radikální prostatektomie

Bilateral inguinal hernia solved with mesh during extraperitoneal robot assisted radical prostatectomy

Milan Hora¹, Petr Stránský¹, Hana Sedláčková¹, Jiří Ferda², Ondřej Hes³

¹Urologická klinika, LF UK a FN Plzeň

²Klinika zobrazovacích metod, LF UK a FN Plzeň

³Šiklův ústav patologie, LF UK a FN Plzeň

Došlo: 29. 3. 2021

Přijato: 16. 4. 2021

Kontaktní adresa:

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň

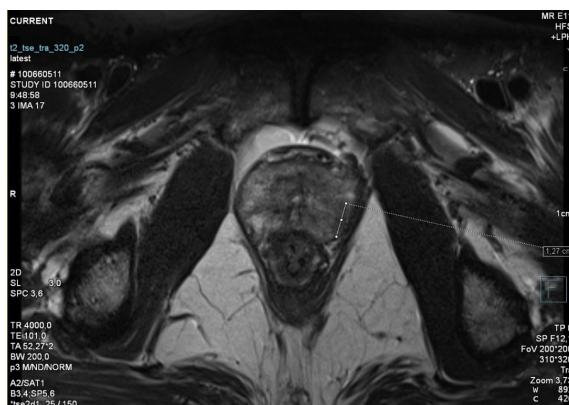
e-mail: horam@fnplzen.cz

Střet zájmu: Žádný.

Prohlášení o podpoře: Zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

Podpořeno projektem MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI, 00669806)

Inguinální hernie je poměrně častý nález u mužů indikovaných k radikální prostatektomii (RP) (1). Dříve jsme řešili inguinální kýly při laparoskopické extraperitoneální radikální prostatektomii pomocí sítky ProGrip™ (tzv. metoda TEP – Totally Extraperitoneal Patch). S přechodem na robotickou variantu RP jsme začali preferovat místo extraperitoneálního transperitoneálního přístupu. U muže indikovaného k robotické RP (RRP) s oboustrannou inguinální her-



Obř. 1. 3T MRI prostaty s označeným ložiskem v levém laloku

Fig. 1. 3T MRI of the prostate with tumour in the left lobe

nie jsme řešili, jak ošetřit vše v jedné době. Zvažovali jsme metodu TAPP (TransAbdominal Preperitoneal Patch) s použitím sítky Dextile™ Medtronic (sítka bez otvorů, samofixační), kde jsme si ale nebyli jistí, že přiložení sítky na stěnu pánve s částečně odpreparovaným peritoneem bude vhodnou variantou. Nakonec jsme se rozhodli pro extraperitoneální přístup (2) s duplikováním techniky námi používané dříve při laparoskopické variantě (3, 4).

Muž 70 let s PSA 10,8 µg/l, proPSA 19 pg/ml, PHI 60,06. MRI prostaty v levém laloku ložisko

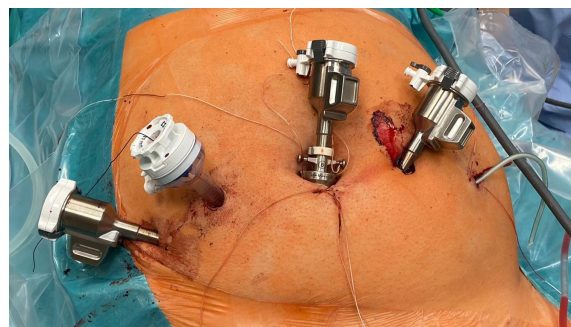
stupně 4 dle PIRADS v 2.1 velikosti 13 × 4 mm (Obr. 1). Biopsie prostaty (systematická a cílená softwarová) pravý lalok pěti vzorků negativních, levý lalok šest vzorků ze šesti pozitivních (cílená a systematická, 70 % infiltrace), adenokarcinom WHO grade group 2. Riziko postižení uzlin dle Brigantiho nomogramu 2019 (5, 6) 4,6 %. BMI 20,8 kg/m². Hypotyreóza léčená levothyroxinem a dále užíval atorvastatin na hyperlipidemii. Kuřák 20 cigaret za den. Indikován po domluvě k radiální prostatektomii nervy šetřící vpravo.



Obr. 2. Robotický port 8 mm s obturačním „Hasson“ konusem

Fig. 2. Robotic port 8 mm with obturation „Hasson“ cone

Z krátké incize pod pupkem vytvořen operační prostor prevezikálně pomocí ukazováku, po prstu zavedeny čtyři porty a původní incizí pátý port (robotický) s obturačním konusem (určený pro laparoskopii Hassonovou technikou) (Obr. 2, 3). Provedena standardní RRP nervy šetřící vpravo pomocí Hem-o-lok® klipů velikosti L, preparát prostaty 45 g, následné vypreparování přímých tříselných kýl (Obr. 4, 5) a semenných provazců a přiložení samofixačních sítěk ProGrip™ oboustranně (Obr. 6, 7, 8, 9).

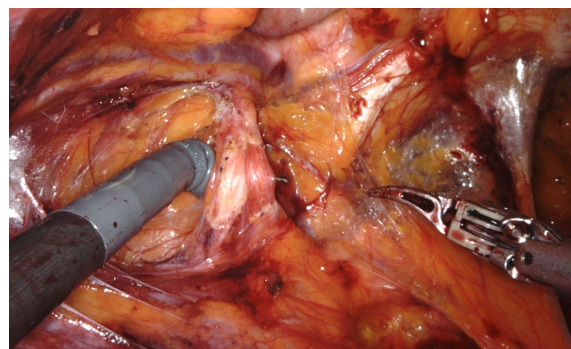


Obr. 3. Rozložení portů na konci výkonů, kdy levý je nahrazen sukčním drénem

Pozn. Jedná se o ilustrační foto jiného muže, neboť u daného nenařadeno

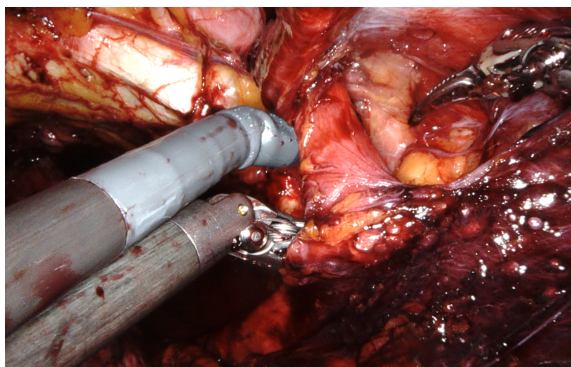
Fig. 3. Port layout at the end of the surgery, when the left port is replaced by a suction drain already. This is another man

Note: This is an illustrative photo of another man, because it was not photographed for that one



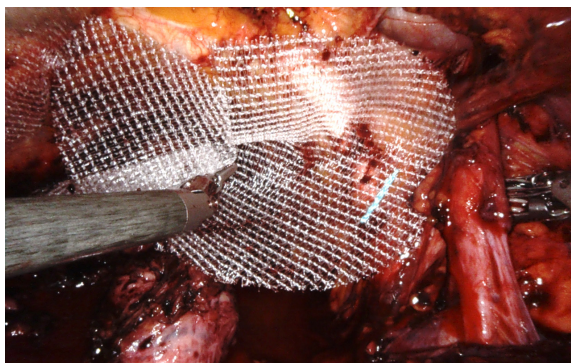
Obr. 4. Levá strana pánve; nůžky pod semenným provazcem; provazec podbíhá dolní epigastrické cévy, nad nimi nahoře a vpravo je patrná vlastní přímá inguinální hernie

Fig. 4. Left side of the pelvis; scissors under the spermatic cord; the spermatic cord runs under the lower epigastric vessels, above them at the top and right you can see own direct inguinal hernia



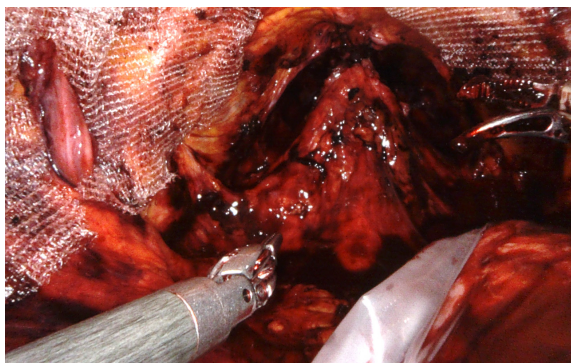
Obr. 5. Pravá stěna pánve; nástroje ProGrasp® a nůžky pod semenným provazcem, nahoře patrné dolní epigastrické cévy a vlevo (mediálně) od nich na okraji obrázku vstup do vaku přímé tříselné kýly

Fig. 5. The right wall of the pelvis; instruments ProGrasp® and scissors under the spermatic cord, the lower epigastric vessels visible at the top and the entrance to the sac of the straight inguinal hernia to the left (medially) from the edge of the image



Obr. 7. Síťka vpravo ještě před podvlečením pod semenným provazcem

Fig. 7. Mesh on the right side before placement behind the seminal cord



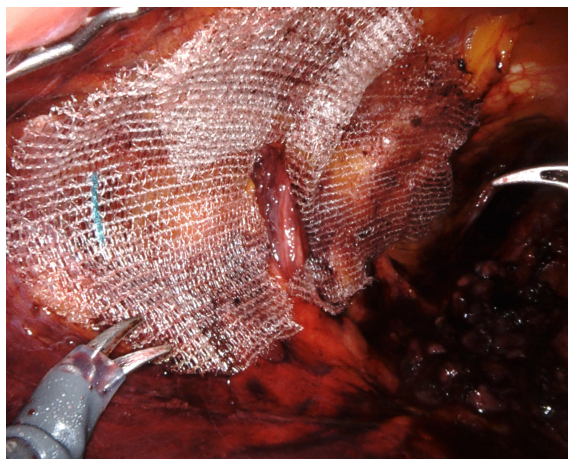
Obr. 9. Pohled do pánve na konci operace, po obou stranách patrná síťka

Fig. 9. View into the pelvis at the end of the operation, mesh is visible on both sides



Obr. 6. Síťka ProGrip™ pravostranná

Fig. 6. Right side mesh ProGrip™



Obr. 8. Přiložená síťka ProGrip™ vlevo již podvlečena pod semenným provazcem a překlopená uzávěra přes ventrální defekt v síťce (umožňující podejít semenného provazce)

Fig. 8. The enclosed mesh ProGrip™ on the left is already lined under the seminal cord and the cap is folded over a ventral defect in the mesh (enabling the seminal cord to be undercut)

Celková krevní ztráta 400 ml, doba výkonu od řezu po zašití ran („skin to skin“) 142 minut. Hojení per primam intentionem. Katétr odstraněn desátý pooperační den. Histologie (zpracováno technikou celoplošných řezů (7)) adenokarcinom prostaty pT2c Pn0 WHO group grade 3, levý lalok ložisko dorzolaterálně 18×10×15 mm a vpravo drobné dorzálně, které v rozsahu 4 mm dosahuje do okrajů, tedy pR1. Kontrola za pět týdnů od operace: PSA < 0,04 µg/l, zajišťovací vložka přes den, vymizení hernií.

LITERATURA

1. **Stránský P, Ürge T, Trávníček I, et al.** Plastika tříselné kýly a laparoskopická radikální extraperitoneální prostatektomie. *Ces Urol* 2019; 23(4): 333–340.
2. **Hoření E, Čermák M, Chmelík F, Heráček J, Kočárek J.** Extraperitoneální robotická radikální prostatektomie s bilaterálním šetřením nervově-cévních svazků. *Ces Urol* 2018; 22(2): 84–86.
3. **Hora M, Stránský P, Ürge T, et al.** Laparoskopická extraperitoneální radikální prostatektomie nervy šetřící – video. *Ces Urol* 2017; 21(4): 268–271.
4. **Brodák M, Košina J, Hušek P, et al.** Srovnání laparoskopické a retropubické radikální prostatektomie – zkušenosti z jednoho centra. *Ces Urol* 2012; 16(4): 222–229.
5. **Gandaglia G, Ploussard G, Valerio M, et al.** A Novel Nomogram to Identify Candidates for Extended Pelvic Lymph Node Dissection Among Patients with Clinically Localized Prostate Cancer Diagnosed with Magnetic Resonance Imaging-targeted and Systematic Biopsies. *European urology* 2019; 75(3): 506–514.
6. **Gandaglia G, Martini A, Ploussard G, et al.** External Validation of the 2019 Briganti Nomogram for the Identification of Prostate Cancer Patients Who Should Be Considered for an Extended Pelvic Lymph Node Dissection. *European urology* 2020; 78(2): 138–142.
7. **Pivovarčíková K, Branžovský J, Bauleth K, et al.** Radikální prostatektomie – analýza 191 případů vyšetřovaných metodikou celoplošných řezů (whole-Mount Section). *Ces Urol* 2014; 18(1): 26–32.