

tektomie s bilaterálním šetřením nervově-cévních svazků.

**Úvod:** Šetření nervově-cévních svazků je u vybraných pacientů s karcinomem prostaty standardní součástí radikální prostatektomie. Na našem pracovišti indikujeme oboustranně nervy šetřící postup u pacientů s klinickým stadiem T1c, hodnotou PSA  $\leq 10$  ng/ml a Gleason skóre (GS)  $\leq 6$ . Unilaterální šetření nervově-cévních svazků provádíme u pacientů s GS skóre 7–8 pouze při palpačně negativním nálezu per rectum, pozitivitě bioptických vzorků unilaterálně včetně nepřítomnosti perineurální invaze a postižení apexu. U vybraných pacientů indikujeme provedení magnetické rezonance malé pánve. V souboru 1 500 robotických radikálních prostatektomií v období 2005–2015 jsme provedli 659 (43,9 %) nervy šetřících výkonů. Pooperační návrat erekce jsme vyhodnotili u 447 (29,8 %) pacientů, z nichž 247 (55,3 %) mužů bylo rok po výkonu schopno pohlavního styku bez nutnosti podpůrné terapie.

**Popis klinického případu:** Prezентujeme techniku provedení extraperitoneální robotické nervy-šetřící radikální prostatektomie u 64letého muže s biopticky verifikovaným adenokarcinomem prostaty cT1c Nx Mx, GS 3+3, iPSA 3,8 ng/ml, třemi pozitivními bioptickými vzorky z 12, V 35 ml a IIEF 20. Výkon začínáme v 30° Trendelenburgově poloze digitální preparací preperitoneálního prostoru s následným zavedením tří 8mm robotických portů, jednoho 12mm asistentského portu a videoportu umístěného do incize pod pupkem. Prostatu oddělujeme od hrdla močového měchýře bez ošetření komplexu dorzální žíly. Vzhledem k příznivým anatomickým poměrům neprovádíme preparaci endopelvicke fascie po stranách prostaty. Uvolňujeme semenné vácčky a přerušujeme chámovody. Pedikly oboustranně zajišťujeme 5mm titanovými klipy a následně přerušujeme. Nervově-cévní svazky šetříme bilaterálně se zachováním prostatické fascie s kavernózními nervy. Komplex dorzální žíly zajišťujeme propichovou ligaturou, kterou fixujeme k symfýze. Pod apexem přerušujeme močovou trubici, uretro-vezikální anastomózu šijeme pokračujícím 3.0 V-loc stehem v jedné vrstvě. Operační čas byl 115 minut,

krevní ztráta byla 100 ml. Pacienta jsme čtvrtý pooperační den propustili do domácího léčení. Močový katétr jsme odstranili sedmý pooperační den. Histopatologické vyšetření potvrdilo adenokarcinom prostaty pT2c, GS 3+4, R 0. Pacient dosáhl plné kontinence do jednoho týdne po odstranění močového katétru, za šest týdnů od výkonu byl schopen pohlavního styku s podporou 5 mg tadalafilu denně. Zhodnocení erektilní funkce 12 měsíců od operace prokázalo návrat erekce na 95 % (IIEF 19) bez podpory inhibitory PDE5.

**Závěr:** Robotická radikální prostatektomie je minimálně invazivní, spolehlivá a bezpečná metoda léčby indikovaných pacientů s karcinomem prostaty. Technika oboustranného šetření nervově-cévních svazků umožňuje téměř kompletní návrat k předoperačnímu stavu erektilní funkce a pozitivně tak ovlivňuje kvalitu života pacienta po operaci karcinomu prostaty.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Karcinom prostaty, robotická radikální prostatektomie, erektilní funkce, miniinvazivní přístupy, IIEF-5.

## SUMMARY

Hoření E, Čermák M, Chmelík F, Heráček J, Kočárek J. Extraperitoneal robotic radical prostatectomy with bilateral sparing of neurovascular bundles.

**Introduction:** Sparing of the neurovascular bundles is a standard part of radical prostatectomy in selected patients with prostate cancer. At our department we indicate a bilateral nerve-sparing procedure in patients with clinical stage T1c, PSA  $\leq 10$  ng/ml and Gleason score (GS)  $\leq 6$ . Unilateral preservation of neurovascular bundles is performed in patients with GS score 7–8, biopsies with tumor on one side only and in nonapical location, with no perineural invasion or palpable disease. Selected patients underwent preoperative magnetic resonance imaging of the pelvis. In the set of 1,500 robotic radical prostatectomies in the period 2005–2015, we performed 659 (43.9%) nerve-sparing procedures. The postoperative recovery of erectile function was evaluated in 447