

Materiál a metody: Pacientka s BMI 36,6 byla indikována k výše uvedenému výkonu pro invazivní uroteliální karcinom – pT2N0M0 – high grade s dlaždicobuněčnou diferenciací. Příprava k výkonu a peri- a pooperační péče probíhala dle protokolu ERAS (Early Recovery After Surgery). Při výkonu byly nejprve vypreparovány oba močovody do pánve, kde byly zaklipovány a následně byly uvolněny laterální stěny měchýře až na endopelvickou fascii. Poté bylo otevřeno parietální peritoneum v Douglasově prostoru a otevřena pochva pod děložním čípkem, skeletizovány a přerušeny pedikly močového měchýře. Preparát byl uvolněn přerušením zaklipované uretry. Byla provedena bilaterální pánevní lymfadenektomie odstraněním lipolymfatické tkáně v okolí zevních ilických cév a z obturatorní fossy. Všechny preparáty byly extrahovány pochvou, která byla následně sešita pokračujícím Vloc stehem. Pod sigmatem byl protažen levý močovod doprava a vytvořena ureterální ploténka dle Wallace. Byla provedena profylaktická appendektomie a exkludována 15 cm klička preterminálního ilea, kterou byly protaženy stentové ureterální cévky a byla napojena ureterální ploténka. Kontinuita střeva byla obnovena dvěma endostaplery. Uretrou byl do pánve zaveden permanentní katétr jako drén. Ranou po asistentském portu byl vyveden distální konec konduitu a zhotovena urostomie.

Výsledky: K výkonu byl použit systém Da Vinci Xi, rozmístění robotických 8mm portů v transverzální linii cca 3 cm nad pupkem (viz výsledný snímek na konci videa) a 12mm asistentský v místě předpokládané stomie.

Délka výkonu byla 5,5 hodiny, krevní ztráta do 100 ml, doba na JIP čtyři dny, střevní peristaltika byla obnovena druhý pooperační den, drén byl ponechán 48 hodin, ureterální cévky 14 dní. Pooperační průběh byl komplikován prolongovanou serózní sekrecí z pochvy, která spontánně ustoupila 18. pooperační den. Histologicky nebyl zachycen v celém močovém měchýři vitální tumor.

Závěr: Roboticky asistovaná radikální cystektomie je výkon bezpečný s celou řadou výhod pro pacienta. Vynikající přehled v omezeném prostoru pánve umožňuje precizní preparaci tkání a redukci krevních ztrát. Extrakce preparátu pochvou umožňuje provedení výkonu bez minilaparotomie. Tím

účinně brání sekundárnímu hojení rány vlivem zvýšené lymfatické sekrece z přerušených lymfatik po pánevní lymfadenektomii. Intrakorporální konstrukce derivace umožňuje výkon provést bez traumatizace střeva otevřením peritoneální dutiny a účinně tak brání rozvoji pooperačního paralytického ileu. Vyvedení drénu uretrou se naopak ukazuje jako faktor disponující k prolongované serózní sekreci z uretry.

KLÍČOVÁ SLOVA

Roboticky asistovaná radikální cystektomie, žena, intrakorporální konstrukce ureteroileostomie.

SUMMARY

Balík M, Hušek P, Špaček J. Robotic-assisted radical cystectomy in a woman.

Purpose: A short video is presented of robotic-assisted radical cystectomy, hysterectomy, adnexectomy, and prophylactic appendectomy with intracorporeal Bricker diversion.

Material and methods: A patient with a BMI of 36.6 to under went the above procedure for high grade invasive urothelial carcinoma – pT2N0M0 – with squamous cell differentiation. Presurgical preparation and peri- as well as postoperative care were performed according to the ERAS (enhance-early recovery after surgery) protocol. During the procedure, both ureters were dissected into the pelvis where they were clipped, and, subsequently, the lateral bladder walls were released up to the endopelvic fascia. Next, the parietal peritoneum in the Pouch of Douglas was opened, the vagina was opened below the cervix, and the bladder pedicles were skeletalized and transected. The specimen was released by transecting the urethra secured with clips. Bilateral pelvic lymph node dissection was performed by removing lipolymphatic tissues around the external iliac vessels and from the obturator fossa. All the specimens were removed through the vagina which was subsequently closed with a continuous V-Loc suture. Below the sigmoid, the left ureter was drawn to the right and a Wallace ureteral plate was created. Prophylactic appendectomy was performed, and a 15-cm preterminal ileal loop was excluded through which ureteral stent catheters