

kou – pomocí jednoportového vstupu robotickým systémem daVinci Xi – video.

Úvod: Vezikovaginální píštěle (VVP) jsou jednou z obávaných gynekologických komplikací. Sama VVP neohrožuje pacientku na životě, ale vznikem močové inkontinence výrazně zhoršuje její kvalitu života. Rozsah a charakter úniku moči je závislý na velikosti VVP.

Uzávěr VVP lze provádět jak vaginální cestou, tak abdominálně. V době otevřené chirurgie byl jako první krok užíván, pro svou mininvazivitu, vaginální přístup a k invazivnímu abdominálnímu přístupu cestou laparotomie bylo přistupováno až po selhání vaginálního přístupu.

Zavedení laparoskopie snížilo invazivitu transabdominálního přístupu a pro větší efektivitu tohoto výkonu ve srovnání s vaginálním přístupem se laparoskopie stává metodou první volby na většině pracovišť. Následné zavedení roboticky asistované chirurgie pomáhá překonat některé překážky klasické laparoskopie, při ponechání všech výhod miniinvazivity (jedná se o vyšší stupeň laparoskopie). To je ještě více prohloubeno v případě užití jednoportové techniky pomocí Single site daVinci Xi technologie.

Indikace a operační postup jednoportového roboticky asistovaného uzavěru vezikovaginální píštěle: Jednalo se o padesátiletou pacientku po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii s pravostrannou adnexektomií. Výkon jsme provedli v celkové anestezii v Trendelenburgově poloze 31°. Tuto polohu používáme standardně u tohoto typu operací. Obloučkovitou incizí v hraně pupku délky 25 mm a opatrnou preparací jednotlivých vrstev jsme otevřeli dutinu břišní (DB). Po vyšetření DB, které bylo bez patologického nálezu, jsme zavedli touto incizí složený pracovní disk „Single site“, který se po rozevření sám fixuje v ráně.

Tímto diskem jsme v prefabrikovaných otvorech zavedli optický port pro 8 mm standardní robotickou 3D kameru s šikmou optikou a dva zahnuté pracovní porty 5 mm pro robotické flexibilní nástroje. Ještě je v disku jedno místo na asistentský port, který může být 10 mm či 8 mm, my využili 8 mm, a dokončili dokaci robota.

Transvezikálně jsme ozřejмили lokalizaci píštěle a vztah k ústím ureterů. Poté jsme provedli resekci kanálu píštěle a odpreparování pochvy od stěny

močového měchýře, který mobilizujeme, co nejdale od stěny pochvy s píštělí. Uzavření pochvy a močového měchýře jsme provedli vstřebatelnými V-LOC 90^R stehy a stehy StratafixTM na permanentním močovém katétu Ch 20 Foley, který jsme ponechali 21 dní na spád. Na našem pracovišti je odstranění permanentního močového katétu za tři týdny standardní dobou. Dle literatury (1, 2, 4, 5) možno odstranit katétr i dříve (7–10 dní). Břišní drén byl odstraněn druhý pooperační den.

Celkový čas operace (skin to skin) byl 135 minut, z toho vlastní délka výkonu na robotické konzoli byla 65 minut.

Výsledek: Pooperační průběh byl nekomplikovaný. Dvacátýprvní den od operace byl vytažen permanentní katétr a pacientka od té doby zcela bez urologických obtíží a jizva v pupku pevná a zhojena tak, že není na první pohled patrná.

Diskuze: V případě, že je indikován abdominální přístup řešení VVF, doporučujeme zvážit užití robotického nebo laparoskopického přístupu, abychom minimalizovali morbiditu spojenou s provedením velké incize. První případ roboticky asistované korekce VVF popsali Melamud et al. v roce 2005 (1). Od této doby byla uveřejněna celá řada malých studií a kazuistik (2, 3, 4, 5, 6).

Nemáme sice k dispozici přímá srovnání korekce VVF pomocí roboticky asistovaného vs. otevřeného vs. laparoskopického přístupu, benefit robota v podobě lepšího zvětšení, trojrozměrného zobrazení, lepší manipulace a kratší učební křivky oproti laparoskopii může být při operaci VVF neocenitelný (2, 4, 7, 8, 9).

Korekci VVF pomocí laparoskopické operace jedním portem (LESS) poprvé popsali v roce 2011 Abdel-Karim et al. Autoři užili zařízení Triport a další 5 mm port pro suturu (10). O využití této technologie při operaci VVF máme zatím k dispozici pouze minimum údajů (11).

Závěr: Jednoportové roboticky asistované uzavření vezikovaginální píštěle může u vybrané skupiny pacientek nahradit více portový přístup laparoskopický či robotický při stejném kurativním výsledku s podstatně lepším kosmetickým efektem. A o srovnání s eventuálním laparotomickým přístupem ani nemluvě.