

Introduction: Laparoscopic inguinal hernia repair is now a standard surgical technique in terms of safety, efficiency and potential risk of recurrence. The authors present the possibility of performing an inguinal hernia repair in combination with a laparoscopic radical extraperitoneal (preperitoneal) prostatectomy.

Material and methods: From June 2012 to August 2019 we performed 10 laparoscopic radical extraperitoneal prostatectomies with contemporary inguinal hernia repair at our institution. In most cases a self-gripping polypropylene mesh ProGrip™ Covidien™ with polylactic acid grips was used for hernia repair.

Results: The mean age of the patients was 67 years (range 61–73 years), preoperative PSA value 10.29 µg / l (range 4.60–16.35 µg / l), operating time 155 minutes (range 107–190 min), average blood loss 470 ml (range 100–900 ml), prostate weight 60 g (range 32–136 g), hospitalization time 7.8 (range 5–13) days. Pelvic lymphadenectomy was performed in 2 cases. During the follow-up period we have never observed mesh infection or hernia recurrence.

Conclusion: The combination of laparoscopic radical extraperitoneal prostatectomy and inguinal hernia repair is a safe and effective method. The patient benefits from only one general anesthesia, hernia surgery is relatively simple, the placement of the mesh does not require additional suture or clipping, the extraperitoneal approach eliminates any contact with the bowel and prevents the risk of adhesion formation. The hernia repair is performed after the completion of the prostatectomy (and lymphadenectomy). Oncological and functional outcomes of the radical prostatectomy do not seem to be influenced by the inguinal hernia repair.

KEY WORDS

Laparoscopy, prostatic cancer, inguinal hernia, radical prostatectomy, mesh application.

.....

ÚVOD

Laparoskopická radikální extraperitoneální prostatektomie je dnes popisována jako bezpečná

a efektivní operace v léčbě lokalizovaného karcinomu prostaty (1, 2, 3, 4).

Dle literárních údajů je tříselná kýla detekována až u jedné třetiny pacientů podstupujících radikální prostatektomii (5, 6). Současná plastika tříselné kýly a prostatektomie byla poprvé popsána Mc Donaldem a Hugginsem v roce 1949 (7). Během transvezikální prostatektomie prováděli souběžnou operaci tříselné kýly z dalšího řezu. Poté několik dalších studií uvádí bezpečnost a proveditelnost plastiky tříselné kýly a laparoskopické radikální prostatektomie (6, 8, 9). V současné době dochází stále častěji k současné robotické operaci tříselné kýly během robotické radikální prostatektomie (10, 11, 12).

K plastice tříselné kýly je možné zvolit přístup otevřený nebo endoskopický (laparoskopický nebo robotický). Pro endoskopický přístup jsou popsány dvě základní metody plastiky tříselné kýly: metoda TEP (Totally Extraperitoneal Patch) a metoda TAPP (TransAbdominal Preperitoneal Patch). Bez ohledu na přístup je laparoskopická plastika tříselné kýly dobře zavedená technika, bezpečná a efektivní. Procento recidiv je udáváno pod 5 %. Metoda TEP je spojena s lepšími výsledky (procento recidiv, pooperační bolestivost a tvorba seromu) než transabdominální preperitoneální přístup (TAPP) (9, 13, 14).

MATERIÁL A METODA

Laparoskopická radikální extraperitoneální prostatektomie je na našem pracovišti od roku 2009 standardní léčebnou metodou lokalizovaného karcinomu prostaty. Do srpna 2019 jsme provedli celkem 967 laparoskopických radikálních prostatektomií, 63 (6,5 %) transperitoneálně, 904 operací (93,5 %) extraperitoneálně.

V období od června 2012 do srpna 2019 bylo na naší klinice provedeno deset laparoskopických radikálních extraperitoneálních prostatektomií se současnou plastikou tříselné kýly.

Předoperační příprava nevyžaduje žádnou změnu oproti samotné laparoskopické radikální prostatektomii. Pro vytvoření operačního prostro-