

49 operací tříselných kýl. Navýšení operačního času činilo deset minut na operaci kýly. Zpočátku používali vstřebatelné sítky, aby se vyhnuli infekci, ale kvůli vysokému procentu recidiv kýl přešli na sítky nevstřebatelné.

V případě extraperitoneálního robotického přístupu je nutno zmínit práci Qazi a kol. (24), kteří referují soubor 12 pacientů, kteří podstoupili současnou roboticky asistovanou extraperitoneální radikální prostatektomii a plastiku tříselné kýly (TEP). Průměrný operační čas radikální prostatektomie byl 131 minut, průměrně dalších 12 minut bylo potřebných na operaci kýly. Žádný s pacientů neměl recidivu kýly po 12 měsících sledování.

Současná plastika tříselné kýly při radikální prostatektomii má řadu výhod. Operační čas při kombinované operaci je kratší oproti dvěma samostatným operacím a je nižší morbidita v případě kombinované operace (hlavně v souvislosti s další anestezii při dvou samostatných výkonech). Pokud není tříselná kýla opravena během laparoskopické nebo robotické radikální prostatektomie, bude její následná případná laparoskopická operace obtížnější v důsledku jizvení v preperitoneálním prostoru (25, 26, 27).

Často jsou obavy z případné infekce sítky, pooperační bolesti třísla, vzniku střevních srůstů, tvorby seromu a lymfokély.

Teoretické riziko infekce vyplývá z možnosti infekce sítky močí při insuficienci vezikouretrální anatomie. Neexistují však žádné klinické důkazy, že by k infekci sítky docházelo významně častěji (9, 10, 11, 12, 23). Samozřejmě je bezpodmínečnou podmínkou implantace sítky negativní kultivace moči, vodotěsná anastomóza a ATB profylaxe.

Tvorba seromu je častou komplikací po laparoskopické operaci tříselné kýly a je udávána v rozmezí mezi 1,9–22,9 % (28, 29). Toto procento je však při souběžné laparoskopické nebo robotické radikální prostatektomii a současnou operaci tříselné kýly velice nízké a tvorbu seromu uvádí ve svém sdělení pouze u jednoho pacienta Ludwig a kol. (11).

Etiologie tvorby seromu je neznámá, ale zdá se, že je způsobena lokálním zánětem a reakcí

na mechanické poškození tkáně, přítomností cizího tělesa (mřížka) a při vytvoření prázdného prostoru kolem sítky (28). Většina seromů je asymptomatická a spontánně odezní bez jakéhokoli zásahu. Může však dojít k přetrvávání seromu po delší dobu a event. infekci seromu, což může vést až k odstranění sítky. V našem souboru jsme tvorbu seromu nepozorovali. Při extraperitoneálním přístupu se peritoneum intraabdominálním tlakem dobře přitlačí na rozprostřenou sítku a svým tlakem eliminuje vznik mrtvého (prázdného) prostoru kolem sítky.

Další komplikací může být prolongovaná lymfatická sekrece a tvorba lymfokély u pacientů se současnou pánevní lymfadenektomií. Stolzenburg a kol. (8) pozorovali prodlouženou lymfatickou sekreci u pěti z deseti pacientů, kteří podstoupili laparoskopickou radikální prostatektomii s pánevní lymfadenektomií a současnou plastiku tříselné kýly, avšak nebyla pozorována tvorba lymfokély ani jiné problémy. V současné literatuře je udávána incidence symptomatických lymfokél (které vyžadují drenáž) během miniinvazivní RP a současné plastiky tříselné kýly až v 5 % (9, 11). Hlavním problémem při vývoji lymfokély je riziko infekce sítky. Prevencí tvorby lymfokél je pak používání endoskopických klipů při pánevní lymfadenektomii místo pouhého využití elektrokoagulačních nástrojů. V našem souboru dva pacienti podstoupili pánevní lymfadenektomii, oba se zhojili bez komplikací.

## ZÁVĚR

Kombinace laparoskopické radikální extraperitoneální prostatektomie a plastiky tříselné kýly je bezpečná a efektivní metoda. Pacient profituje pouze z jedné celkové anestezie, operace kýly je relativně jednoduchá, umístění sítky nevyžaduje dodatečnou suturu nebo klipování, extraperitoneální přístup eliminuje kontakt se střevem, nevznikají srůsty. Plastiku kýly provádíme po dokončení radikální prostatektomie (a pánevní lymfadenektomie). Současná plastika třísla neovlivní dle našich zkušeností onkologické ani funkční výsledky radikální prostatektomie.