



XXII. DNY MLADÝCH CHIRURGŮ

prof. MUDr. Stanislava Čárskeho, DrSc.

20. 6. – 21. 6. 2024, Hotel Jezerka, Seč u Chrudimi

SBORNÍK ABSTRAKT

Onkochirurgie I

1. Karcinom žaludku a jeho akutní komplikace – nepřítel, který je stále o krok napřed

P. Ochmanová^{P1,2,3}, M. Stašek^{2,3}, M. Petrovičová², R. Aujeský^{2,3}, R. Vrba^{2,3}, Č. Neoral^{Č2,3}, D. Klos^{D2,3}

¹7. polní nemocnice, Agentura vojenského zdravotnictví

²Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

³I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Karcinom žaludku je v rámci onkologických diagnóz 6. nejčastější příčinou úmrtí v ČR. Více než v polovině případů je diagnostikován v pokročilém stadiu, což souvisí s nepříznivou prognózou onemocnění. Symptomy jsou poměrně nespecifické, v některých případech se může tumor manifestovat akutní komplikací.

Metody: Retrospektivní analýza pacientů operovaných pro akutní komplikaci karcinomu žaludku na I. chirurgické klinice FNOL v letech 2010–2022. Zařazeni byli jak pacienti se známou diagnózou karcinomu žaludku, tak i pacienti, u nichž byla akutní komplikace primomanifestací onemocnění. Součástí analýzy je rešerše odborné literatury a hodnocení možnosti managementu těchto pacientů.

Výsledky: V letech 2010–2022 bylo ve FNOL 523 pacientů operovaných pro karcinom žaludku, z toho 11 bylo operováno pro akutní komplikaci toho onemocnění. V případě primomanifestace se jednalo 4x o akutní perforaci vředu a 3x o ileus. U již diagnostikovaných pacientů se objevila 1x krvácivá komplikace s hemoragickým šokem, 1x perforace v terénu karcinomu a 1x ileus. Vyřazeni byli pacienti s obstrukcí výtokového traktu, kteří byli řešeni v subakutním režimu. Ve skupině pacientů s nově diagnostikovaným tumorem byl ve 2 případech proveden po neoadjuvantní terapii radikální výkon, 1 pacient je 57,5 měsíců v kompletní remisi. U pacientů se známou malignitou byla akutní komplikace projevem progresu onemocnění. V 7 případech byl potvrzen v definitivní histologii difuzní adenokarcinom.

Závěr: Výskyt akutní komplikace u karcinomu žaludku je nepříznivým prognostickým faktorem, zvláště nepříznivá prognóza bývá u difuzního karcinomu žaludku.

Dedikace: studie vznikla za podpory grantu IGA_LF_2024_032

2. Menežment pacienta s adenokarcinómom žalúdka T2-3N+M0

R. Duchoň, S. Kokavec, M. Jurík, P. Dubovan, M. Bernadič

Klinika chirurgickej onkológie LF SZU a NOÚ Bratislava

Diagnózu karcinómu žalúdka určuje skúsený patológ z endoskopickej alebo chirurgickej vzorky tkaniva, histologické vyhodnotenie by malo spĺňať kritériá stanovené Svetovou zdravotníckou organizáciou. Súčasťou stagingu ochorenia je fyzikálne vyšetrenie pacienta s laboratórnym zhodnotením krvného obrazu, hepatálnych a renálnych parametrov, endoskopické vyšetrenie a stagingové CT vyšetrenie hrudníka, brucha a malej panvy s podaním kontrastnej látky. Multidisciplinárny prístup je nevyhnutný. Pre klinické štádium IB-III je indikovaná radikálna chirurgická resekcia. Súčasťou chirurgickej liečby je D2 lymfadenektómia, ktorá by mala byť vykonávaná v centrách ktoré majú s uvedenou liečbou dostatočné skúsenosti. Perioperačná chemoterapia v kombinácii platiny a fluoropyrimidínov je odporúčanou súčasťou liečby u pacientov \geq štádiu IB resekabilného karcinómu žalúdka. Skorá rekonvalescencia je podporená aplikáciou ERAS protokolu.

Kľúčové slová: karcinóm žalúdka, multidisciplinárny prístup, D2 lymfadenektómia, perioperačná chemoterapia, ERAS

3. Duplicita kolorektálneho karcinomu a lymfomu

I. Chadimová, K. Čadová, M. Hajžman

Chirurgické oddelení nemocnice Rokycany

Cílem přednášky je prezentace případu duplicity adenokarcinomu sigmatu a velkobuněčného B-lymfomu. V odborné literatuře jde o jednotky pacientů. Ve většině případů se jedná o náhodný nále z histologického vyšetření resekátu. U našeho pacienta lymfom imitoval metastatický rozsev.

Jednalo se o pacienta s histologicky verifikovaným adenokarcinomem sigmatu a suspektní generalizací do uzlin mesenteria a retroperitonea. Indikací k operaci byla hrozící porucha pasáže. Při provedení laparotomie byl zjištěn obraz rozsáhlé

lymfadenopatie, karcinomatózy peritonea a mnohočetné těsné nádorové stenózy v celém průběhu tenkého střeva s rizikem vzniku obstrukce. Byla odebrána histologie a od resekce, založení stomie nebo spojkové operace bylo vzhledem k rozsahu postižení upuštěno. Histologicky byl následně zjištěn lymfom. Po dohodě s onkologickým týmem byl postup přehodnocen, indikována resekce sigmatu a následně systémová léčba hematologem. Po terapii bylo dosaženo kompletní remise. Při nejistém peroperačním nálezu je potřeba na možnost nádorové duplicity myslet. Doplnit eventuálně další vyšetření včetně histologického. U našeho pacienta diagnóza zásadně změnila prognózu a strategii léčby.

4. Súčasná molekulárna karcinogenéza kolorektálneho karcinómu

J. Chvála, M. Sabol, R. Donát, J. Palaj, V. Rekeň, D. Šintál, Š. Durdík

Klinika onkologickej chirurgie LF UK a OÚSA, Bratislava

Kolorektálny karcinóm v súčasnosti predstavuje negatívny fenomén v epidemiológii medzi zhubnými nádormi. Kolorektálny karcinóm je najčastejšie nádorové ochorenie na Slovensku (s výnimkou nemelanómových ochorení na koži), pričom Slovensko s mierou incidencie a mortality dominuje v celosvetových štatistikách. Z genetického hľadiska kolorektálna karcinogenéza súvisí s mutáciou tumor-supresorových génov a aktiváciou onkogénov a vzniká predovšetkým jedným z troch dokázaných mechanizmov karcinogenézy – chromozómová instabilita (CIN), mikrosatelitová instabilita (MSI) a epigenetická instabilita. Štúdiami sa však dokázalo, že to môže byť aj kombinácia týchto troch mechanizmov. Najčastejší mechanizmus kolorektálnej karcinogenézy je chromozómová instabilita (CIN), pričom touto cestou sa vyvinie až približne 85 % prípadov kolorektálneho karcinómu. Táto dráha je charakterizovaná akumuláciou mutácií v kľúčových génoch riadiacich bunkový cyklus, medzibunkovú komunikáciu a apoptózu. Začína sa inaktíváciou génu APC, pokračuje mutačnou aktiváciou onkogénu k-RAS a končí sa inaktíváciou tumor-supresorového génu p53. Významným klinickým reprezentantom tohto mechanizmu je familiárna adenomatózna polypóza (FAP). Pri mikrosatelitovej instabilite dochádza k subtílnjším genetickým zmenám a samotná dráha znamená inaktíváciu funkcie génov opráv chybného párovania nukleotidov v DNA (mismatch repair systém – MMR). Významným klinickým reprezentantom tejto dráhy je Lynchov syndróm (LS). Posledným známym typom kolorektálnej karcinogenézy je metylácia CpG ostrovčekov resp. epigenetická instabilita. Tento mechanizmus je charakterizovaný hypermetyláciou rôznych tumor-supresorových génov, z ktorých najdôležitejší je MLH1. Hypermetylácia sa často združuje s BRAF mutáciami a s mikrosatelitovou instabilitou (MSI), pričom pacienti s pokročilým kolorektálnym karcinómom s BRAF mutáciou majú zlú prognózu s mediánom prežitia menej ako 12 mesiacov.

Kľúčové slová: kolorektálny karcinóm, kolorektálna karcinogenéza, chromozómová instabilita, mikrosatelitová instabilita, epigenetická instabilita, BRAF V600E mutácia

5. Gastrointestinální stromální tumory jícnu: léčebné modalitý a onkologická radikalita

R. Zhydkov, M. Stašek, R. Aujeský, P. Ochmanová, J. Chudáček, A. Řehulková, D. Klos

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Incidence GIST v porovnaní s ostatnými tumory zažívacieho traktu je pomerně vzácná, pohybuje se pouze okolo 1 %. Nicméně jde o nejfrekventnější mezenchymální tumor, s nejčastější lokalizací v oblasti žaludku. Vzhledem k velmi nízké incidenci gastrointestinálních stromálních tumorů v jícnu, zhruba 0,7%, nejsou prozatím stanoveny jednotné postupy terapeutického řešení. V diferenciální diagnostice je zásadním problémem jeho rozlišení od leiomyomu, který je nejčastějším benigním nádorem jícnu. Vzhledem je dost podobný GISTu, jak na endoskopickém ultrazvuku, CT i PET CT. Předoperační FNA biopsie stále zůstává kontroverzní metodou pro možné riziko diseminace a následně pak už neproveditelné enukleaci tumoru.

Chirurgická léčba je preferována u lokálně operabilních tumorů, nicméně vzhledem k anatomickým aspektům jícnu je limitována buď na hodně extenzivní výkon (esophagectomie) anebo výrazně méně invazivní enukleaci novotvaru. U vybraných případů připadá v úvahu léčba inhibitory tyrosinkinázy, využívaná za účelem downsizingu ke zmenšení extensivity resekce a taky k redukci perioperačních komplikací, včetně rizika ruptury tumoru.

Metodika: Zhodnocení dlouhodobých výsledků se zhodnocením dlouhodobého přežití u pacientů s histologicky verifikovaným GIST jícnu. Stav byl zhodnocen pomocí klinického vyšetření, endoskopie, CT či PET/CT a z dokumentace

Výsledky: 12 pacientů s GIST jícnu bylo sledováno či přešetřeno s intervalem sledování delším než 6 let. V 11 případech byla provedena miniinvazivní endoskopicky navigovaná extirpace ze stěny jícnu (v jednom případě po neoadjuvantní terapii), v 1 případě torakotomická excize ze stěny jícnu. V souboru bylo zjištěno jedno úmrtí 7 let po výkonu pod obrazem generalizace. 2 úmrtí nesouvisející se základním onemocněním, 1 pacient ztracen při sledování. U zbylých pacientů byly zaznamenány dobré funkční výsledky bez známek generalizace či lokální progresie onemocnění.

Závěr: Komplexní péče a sledování pacienta jsou klíčové pro dosažení optimálních výsledků v léčbě GIST jícnu. Onkologické výsledky jsou ovlivněny kvalitou histopatologického a molekulárně genetického vyšetření s následnou implikací do indikace onkologické léčby (imatinib, sunitinib).

6. Cytoredučná chirurgia a HIPEC u pacientov s karcinomatózou dutiny brušnej na našom pracovisku

M. Chromčíková, M. Kunyčková, M. Žáček, J. Váňa

Chirurgické oddelenie, Fakultná Nemocnica s Poliklinikou Žilina

Cieľom našej práce je podeliť sa so skúsenosťami s cytoredučnou chirurgiou a HIPEC (hypertermická intraperitoneálna chemoterapia) na našom pracovisku počas posledných 5 rokov. Na základe dokumentácie pacientov analyzujeme indikácie,

predoperačnú prípravu pacientov, rozsah výkonov, pooperačnú starostlivosť a skoré komplikácie. Od roku 2019 sme na našom pracovisku operovali 47 pacientov s karcinomatózou dutiny brušnej, pričom v 31 prípadoch šlo o pacientov s pseudomyxómom peritonea pri low-grade apendikálnej mucinózne neoplazii (LAMN), v 8 prípadoch karcinómom ovária a v 3 prípadoch pacientov s malígnym mezoteliómom. V 41 prípadoch išlo o dvojfázový výkon, v prvej fáze resekcia postihnutých orgánov dutiny brušnej, vo väčšine prípadov multiorgánová, na základe predchádzajúceho laparoskopického stagingu a určenia PCI indexu. Druhú fázu výkonu tvorí samotný preplach cytostatikami za kontrolovaných podmienok, v 6 prípadoch bol realizovaný bez predchádzajúcej resekčnej fázy. Na základe následnej dispenzarizácie pacientov preukázateľne dochádza k predĺženiu prežívania u pacientov s pokročilou malígnou dutiny brušnej.

7. „Burned out“ tumor v ambulanci chirurga

N. Kadlecová

Chirurgická klinika Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze

Úvod: Burned out tumor je označení pro vzácnou klinickou jednotku, která se vyznačuje spontánní a kompletní regresí primárního nádorového ložiska, přičemž takovýto nádor se mnohdy prezentuje až metastatickým postižením. Díky tomu je tento druh tumoru, co se diagnostiky týče, velice zrádný a pacienti tak mohou být diagnostikováni, a tím i léčeni, až v pokročilé fázi onemocnění. Je tedy důležité na tuto možnost pomyslet a to zejména při nález retroperitoneální expanze, která je, dle zdokumentovaných případů, jeho nejčastějším projevem. Mimo převažující testikulární nádory, byl tento jev popsán rovněž u karcinomu ledviny, prsu, lymfomu nebo maligního melanomu.

Metoda: Jako příklad je prezentována kazuistika mladého, 23letého, muže, přicházejícího do chirurgické ambulance pro pocit neurčitěho intermitentního diskomfortu v podbřišku, na které lze dobře dokumentovat nejen potřebu kvalitního sonografického vyšetření, ale především důsledného vyšetření klinického.

Klíčová slova: burned out tumor – varle – sonografie

8. „Štyri synchronne primárne malignity u jedného pacienta“

M. Mišánik¹, M. Grajciar¹, I. Daňová¹, M. Smolár¹, J. Miklušica¹, K. Tobiášová²

¹Klinika všeobecnej, viscerálnej a transplantačnej chirurgie, Jesseniova lekárska fakulta, Martin, UK Bratislava

²Ústav patologickej anatómie, Jesseniova lekárska fakulta, Martin, UK Bratislava

Mnohopočetná primárna malignita (MPM) je definovaná ako výskyt dvoch a viacerých primárnych malignít u jedného pacienta. Hoci ide o raritnú situáciu, jej výskyt sa v poslednej dekáde zvyšuje. Pacienti s onkologickým ochorením majú až o 20 % vyššie riziko vzniku nového primárneho onkologického ochorenia oproti bežnej populácii. Podľa časového intervalu medzi diagnostikou jednotlivých malignít rozdeľujeme mnohopočetné prípady rakoviny na synchronne a metachronne. Diagnóza štyroch synchronných malignít je mimoriadne zriedkavá. V našej kazuistike prezentujeme pacienta so synchronne sa vyskytujúcim adenokarcinómom céka, adenokarcinómom hepatálnej flexúry, svetlobunkovým karcinómom pravej obličky a feochromocytómom pravej nadobličky.

Klíčové slova: viacnásobné primárne malignity, štvornásobný adenokarcinóm, kolorektálny karcinóm, feochromocytóm, karcinóm obličky

Náhlé príhody břišní

9. Neobvyklá příčina NPB

J. Čelakovský

Nemocnice Havlíčkův Brod

Sdělení formou kazuistiky prezentuje případ tumoru žaludku jen byl příčinou NPB.

10. Levá paraduodenální hernie

M. Puťoš¹, Z. Šubrt¹, J. Weichet²

¹Chirurgická klinika 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

²Klinika radiologie a nukleární medicíny 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Vnitřní kýla je málo častá příčina náhle příhody břišní, která se prezentuje nespecifickými příznaky a představuje diagnostickou výzvu. Riziko představuje možnost inkarcerace orgánů dutiny břišní, která může vést až k vynucené resekci postiženého orgánu. Při nesprávném vyhodnocení a odkládání výkonu mohou být pro pacienta následky fatální. V literatuře jsou popsány operační přístupy jak otevřené, tak laparoskopické, se sítinou nebo bez.

V naší práci prezentujeme kazuistiku 34. leté pacientky, která byla opakovaně vyšetřena pro dyspepsie horního typu. Operační výkon byl indikován na základě akutních obtíží s CT obrazem volulu jejunu. Perioperačním nálezem byla levá paraduodenální kýla. Operační výkon byl proveden otevřeně bez použití sítiny.

Existuje několik kazuistik s různými postupy včetně otevřeného nebo laparoskopického přístupu, případně s použitím vstřebatelné sítiny.

V literatuře popsané přístupy mají výhody i nevýhody, vzhledem k raritě tohoto nálezu nás mohou klinické známky a zobrazovací metody vést k různým diagnostickým rozvahám, a tedy i volbě různých operačních přístupů.

Klíčová slova: vnitřní kýla, inkarcerace, kazuistika, volvulus, klinické příznaky

11. Atypická příčina bolesti břicha v pravém hypogastriu u dětí

O. Molva, A. Polcar

Chirurgické oddělení nemocnice Havlíčkův Brod

Autoři popisují obvyklý případ bolestí břicha v pravém podbříšku u dětského pacienta, který má poměrně neobvyklou příčinu. Tato kazuistika podrobně rozebírá klinický, laboratorní a poté překvapivý peroperační nález.

12. Volvulus céka – vzácná příčina ileózní náhlé příhody břišní

P. Macan¹, J. Fichtl¹, V. Opatrný¹, J. Moláček¹, A. Fajfrová², M. Nováková²

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Plzeň a Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova¹

Klinika zobrazovacích metod Fakultní nemocnice Plzeň a Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova²

Úvod: Volvulus tračnicku vzniká ve chvíli, kdy se část tlustého střeva otočí podél osy mezokolického závěsu. Malrotací může být postižena jakákoliv část tlustého střeva, avšak nejčastěji dochází k postižení esovité kličky tračnicku a na druhém místě pak céka. To zpravidla vede k obstrukci GIT s distenzí traktu nad úroveň překážky a v závažnějších případech také k ischemizaci postižené části střeva. Předoperační diagnostika volvulu céka není pro nespecifické symptomy lehká a mnohdy bývá skutečná příčina obtížně zjištěna až na operačním sále.

Metodika: Autoři prezentují kazuistiku dvou pacientů, kteří byli přijati do Fakultní nemocnice v Plzni s náhlou příhodou břišní na podkladě rozvinuté poruchy pasáže gastrointestinálním traktem (GIT). V kazuistice se snažíme komplexně informovat o problematice raritně se vyskytující diagnózy a upozornit na úskalí spojená s její diagnostikou a terapií.

Výsledky: Pacienti prezentovaní v kazuistice byly vyšetřováni pro náhlou příhodu břišní. Oba nemocní byly indikováni k operačnímu výkonu, při němž u nich byl peroperačně diagnostikován raritně se vyskytující volvulus céka. Nálezy vyžadovaly provedení ileocékální resekce, ale díky časné poskytnuté chirurgické intervenci došlo i přes nutnost provedení resekčního výkonu u obou jedinců k plnému zotavení.

Závěr: Volvulus céka je zřídka se vyskytující diagnóza spojená vysokou mortalitou, která je přímo úměrná pokročilosti nálezu. Včasná diagnostika a chirurgická intervence tedy hraje v managementu tohoto stavu zásadní roli.

13. Diferenciální diagnostika akutní apendicitidy a terminální ileitidy při m. Crohn

M. Lengalová¹, Z. Šerclová²

¹NH Hospital a.s.

²Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Diagnóza akutní apendicitidy i terminální ileitidy vyžaduje komplexní hodnocení symptomů, laboratorních a radiologických nálezů. Existují skórovací systémy pro diagnostiku akutní apendicitidy, zatímco klinické projevy terminální ileitidy jsou méně specifické. Rozlišení obou diagnóz je přitom pro outcome pacienta zásadní, protože pacientům s terminální ileitidou, u kterých je indikována apendektomie, hrozí významné riziko vzniku nitrobřišních komplikací, jako jsou abscesy nebo enterokutánní píštěle, a vystavuje je nutnosti opakovaných intervencí.

Cílem přednášky je představit evidence based vodítka k odlišení těchto dvou diagnóz a návrh operačních postupů při nálezu terminální ileitidy u pacientů původně indikovaných k revizi pro podezření na akutní apendicitidu.

14. Metastáza maligního melanomu jako vzácná příčina bolestí břicha

T. Kriegler, V. Ninger, P. Hanousek

Chirurgické oddělení, Chrudimská nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje a.s.

Autoři prezentují případ 71leté pacientky, která byla operována pro 14 dní trvající bolesti břicha. Práce poukazuje na maligní melanom jako na vzácnou příčinu bolestí břicha a dále na nevyzpytatelnost maligního melanomu, důležitost multidisciplinárního přístupu k tomuto typu onemocnění včetně následné dispenzarizace onkologem. Nedílnou součástí je i důraz na prevenci tohoto onemocnění.

15. Kolo-kolická invaginace sigmatu jako příčina náhlé příhody břišní

D. Havlíková, J. Pospíšil, J. Hain

Chirurgické oddělení ON Jičín

Sdělení pojednává o 67 letém polymorbidním pacientovi s náhlé vzniklou několik dní trvající intermitentní křečovitou bolestí břicha s enteroragii, zástavou odchodu plynů a stolice, kdy se příčina ozřejmila na CT vyšetření břicha s kontrastem jako kolo-kolická invaginace v oblasti sigmatu. Jedná se o onemocnění, které má v dospělém věku nízkou incidenci a v 90% organickou příčinu. U dospělých pacientů je nutné operační řešení (na rozdíl od dětí, kde se stav řeší primárně hydrostatickou nebo pneumatickou desinvaginací a operačně až při neúspěchu). Cílem má být upozornění na tuto možnost v rámci diferenciální diagnostiky náhlých příhod břišních a významné role CT vyšetření u nespecifických bolestí břicha. Operační rozvaha bere v úvahu fakt, že invaginace v oblasti tenkého střeva jsou způsobeny častěji nezhoubným nádorem, naopak v oblasti tlustého

střeva jsou častější maligní novotvary. Proto i resekce v oblasti tlustého střeva by měla být prováděna dle pravidel onkochirurgie.

16. Difuzní purulentní peritonitida po císařském řezu – raritní náhlá příhoda břišní

M. Bouzekri

Chirurgické oddělení Nemocnice Písek a.s.

Úvod: Následující kazuistika pojednává o neobvyklé komplikaci císařského řezu v podobě rozvoje závažné bakteriální peritonitidy s nutností opakovaných operačních revizí.

Vlastní kazuistika: Pacientka v 39. týdnu těhotenství, st.p. akutním císařským řezem pro těžkou preeklampsii v anamnéze, byla přijata na gynekologické oddělení naší nemocnice pro probíhající nepravidelné kontrakce. Vzhledem k nepostupujícímu porodu indikována k císařskému řezu. Výkon proběhl ve spinální anestezii bez komplikací. Následně na gynekologickém oddělení se u pacientky rozvíjí známky zánětu – tachykardie, bolesti břicha, v laboratoři elevace zánětlivých parametrů. Odebrány lokální kultivace s minimálním nálezem, negativní hemokultury. Nasazena p.o. ATB terapie pro suspektní uroinfekci. I přes ATB terapii ovšem stav progreduje do obrazu sepse. 7. den po SC pro nález volné tekutiny v břišní dutině na UZ pacientka indikována k operační revizi ve spolupráci s chirurgickým oddělením. Peroperačně nález difuzní peritonitidy bez zjevné příčiny. I přes cílenou ATB terapii dochází ke zhoršení stavu s rozvojem poruchy pasáže. Pacientka indikována k další revizi – opět s obrazem purulentní peritonitidy bez nálezu zdroje zánětu. Ponecháno open abdomen, nutnost intenzivní ARO péče se širokospektrou ATB a antimykotickou terapií. Při 3. operační revizi dochází k iatrogenní komplikaci v podobě perforace sigmoidea, založena transverzostomie. Po stabilizaci stavu na ARO pacientka přeložena zpět na chirurgické oddělení, kde již dochází ke zlepšení stavu. Hojení laparotomie per secundam pomocí VAC systému s následnou sekundární suturou. Obnovena pasáž do stomie, ponechány dlouhodobě ATB.

S odstupem 6 měsíců je pacientka bez obtíží, provedeno zanoření stomie a obnova kontinuity GIT.

Závěr: Narození dítěte je šťastnou událostí v životě, u této pacientky byl ovšem start nového života komplikován rozvojem difuzní peritonitidy s projevy sepse. Tento stav může být život ohrožující, vyžadující intenzivní péči včetně opakovaných chirurgických revizí. Peritonitidy po císařském řezu jsou velice vzácné, v literatuře byly dosud popsány jen ojedinělé případy, jejichž příčina nebyla vždy ozřejmena. Nabízí se vernix caseosa jako zdroj infekce či iatrogenní příčina.

Postgraduální sekce Radiologie, G-E, Onkologie

17. Diagnostika ložiskových lézí jater

T. Andrašina

Klinika radiologie a nukleární medicíny Fakultní nemocnice Brno a LF MU

Abstrakt nedodán.

18. IBD – Indikace a úskalí konzervativní léčby

M. Vašátko

Klinické a výzkumné centrum pro idiopatické střevní záněty ISCARE a.s., Praha

Abstrakt nedodán.

19. Nejčastější režimy adjuvantní a neoadjuvantní léčby solidních nádorů – indikace, komplikace

S. John

Klinika onkologie a radioterapie FN a LF UK v Hradci Králové

Abstrakt nedodán.

Cévní a hrudní chirurgie

20. Využití digitální drenáže Medela Thopaz+ u plicních resekcí

L. Spálová, L. Adamčík, M. Duda, M. Škrovina

Nemocnice AGEL Nový Jičín a.s.

Úvod: Hrudní drenáž patří mezi standardní opatření po plicních resekcích. Slouží ke kontrole pleurální dutiny, odvádí tekutinu, detekuje únik vzduchu - „air leak“. Zavedení hrudní drenáže patří ale také mezi základní determinanty pooperační bolesti u pacientů a tím zhoršuje pooperační mobilizaci. Digitální drenážní systém umožňuje přesnější detekci a kvantifikování airleaku. Cíl: Cílem našeho pozorování je porovnání konvenčního tříkomorového drenážního systému s digitálním drenážním systémem Medela Thopaz+ u pacientů po plicních resekcích. Sledovali jsme a porovnávali výskyt airleaku, délku drenáže, délku hospitalizace, intenzitu pooperační bolesti a komfort pacienta.

Metody: Jedná se o prospektivní randomizovanou studii, probíhající v období od roku 2017-2020. Do sledování bylo zařazeno 154 pacientů, rozdělených do dvou skupin, skupina u kterých byla použita konvenční hrudní drenáž (skup K, N=84), a skupina s použitím digitálního hrudního drénu Medela Thopaz+ (skup D, N=70). V těchto skupinách jsme následně pacienty rozdělili

na další dvě skupiny podle rozsahu plicní resekce (anatomické = skup A, neanatomické = skup N). Hrudní drenáž byla pooperačně standardně napojena na aktivní odsávání, následně, většinou na 1. pooperační den, spuštěna na fyziologický podtlak -8mmHg (skup D), nebo pod vodní zámek (skup K). Drén byl extrahován při produkci sekretu <300ml/24hod, při airleaku <20ml/min/8hod bez oscilace (skup D) nebo při airleaku max Gr I (skup K).

Výsledky: Ve sledovaném souboru není signifikantní rozdíl v trvání drenáže a délkou hospitalizace mezi digitálním a klasickým drénem (trvání drenáže: skup A p=0,263, skup N p=0,171, délka hospitalizace: skup A p=0,241, skup N p=0,227). Výskyt airleaku byl ve skup K 33%, skup D 52%, z toho významný airleak ve skup K 6% (N=5), ve skup D 5,7% (N=4) a prolongovaný airleak se vyskytuje v 3,6 % vs. 2,8% (K vs. D). Nezaznamenali jsme signifikantní rozdíl v těchto sledovaných parametrech. Míra pooperační bolesti není ovlivněna typem drenáže (p=0,145).

Závěr: Digitální hrudní drenáž nemá vliv na zkrácení trvání drenáže a tím zkrácení hospitalizace, s ohledem na rozsah plicní resekce. Představuje ale přesnější a jednodušší kontrolu pooperačního airleaku a pleurální sekrece. Výhodou je jednoduchá manipulace s přístrojem a možnost opakovaného použití drénu.

21. Aneurymatická kostní cysta imitující Pancoastův tumor – raritní případ pseudotumoru v hrudní oblasti

J. Molnár, M. Szkorupa, J. Chudáček, J. Hanuliak

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Pancoastovy tumory plic jsou vcelku běžné nádory v hrudní oblasti, ačkoliv ne tak časté, jako plicní tumory jiné topografické lokality, než-li apex. Infiltrativní růst Pancoastových tumorů do okolí není raritou, spíše pravidlem. Na základě cílených klinických a paraklinických vyšetření, zejména biopsie, které předchází vlastnímu chirurgickému zákroku, lze většinou stanovit typ a biologickou povahu nádoru, od kterých se posléze odvíjí strategie léčby. Prezентujeme nicméně ojedinělý případ pacienta s klinicky, paraklinicky i perioperačně jasným tumorem apexu plic s infiltrací okolí, u kterého se předoperačně veškerými rutinními metodami nepodařilo stanovit histopatologický typ tumoru, v důsledku čehož výsledek definitivního histologického vyšetření – aneurymatická kostní cysta – překvapil všechny zainteresované a budí k zamyšlení stran dalších možností diagnostiky a strategie léčby před vlastním chirurgickým „mutilujícím“ zákrokem pro de facto benigní diagnózu.

22. Rozpadová pneumonie

H. Štefanová, M. Kasík, J. Flašar, L. Sákra

Chirurgická klinika, Nemocnice Pardubického kraje a.s.

Připravili jsme kazuistiku případu 35-letého, do té doby zdravého muže, který na podzim 2023 prodělal těžkou bilaterální pneumokokovou pneumonií. Na našem pracovišti byla v lednu 2024 provedena dekortikace a dolní lobektomie vlevo pro rozpadové až nekrotické postižení plic. Po krátkém úvodu do problematiky na příkladu našeho pacienta se zaměřujeme na indikaci, samotný výkon včetně fotodokumentace a pooperační péči.

23. Plicní sekvestrace u dospělých pacientů

M. Skála M., J. Vodička J., J. Šebek J.

Chirurgická klinika LF UK a FN Plzeň

Úvod: Plicní sekvestrace je vrozené onemocnění vzácně diagnostikované v dospělosti. Jde o okrsek plicní tkáně, který má své cévní zásobení oddělené od plicního oběhu a napojení na tracheobronchiální strom chybí nebo je abnormální. Hlavními symptomy jsou hemoptýza, pneumonie nebo dechové potíže. Doporučovanou diagnostickou metodou je CT hrudníku, které odhalí jak patologii plicního parenchymu, tak i abnormální cévní zásobení. Jedinou léčebnou metodou je resekce sekvestru ve smyslu lobektomie či segmentektomie.

Metodika: Do retrospektivní studie bylo zařazeno 17 dospělých pacientů operovaných pro plicní sekvestraci na Chirurgické klinice LF UK a FN Plzeň mezi 1.1.2001 a 31.1.2024. U pacientů byla sledována demografická data (věk, pohlaví) a klinicko-patologická data (vedoucí klinický příznak, zdroj zásobení sekvestru, radiologický nález, operační výkon, délka hrudní drenáže, délka hospitalizace a pooperační komplikace).

Výsledky: Soubor tvořilo 9 žen a 8 mužů s průměrným věkem 44 let. Nejčastějším vedoucím příznakem byla pneumonie (9), následovaná hemoptýzou (3). Exacerbace CHOPN resp. dyspnoe se vyskytly každá jedenkrát. U 3 pacientů šlo o náhodný nález. V CT nálezů dominovaly cysty, bronchiektázie a zánětlivé infiltrace. Ojediněle pak rozpadová ložiska, bronchiální atrezie, lymfadenopatie či suspekce na tumor. Nejčastějším zdrojem cévního zásobení byla hrudní aorta, následovaná břišní aortou. Poté bronchiální tepna a dále vzácně i viscerální či parietální větve z břišní aorty. Hrudní drenáž trvala průměrně 6 dnů, průměrná hospitalizace pak 8 dnů. Nejčastěji byla provedena lobektomie, jedenkrát segmentektomie. Pooperační komplikace se vyskytly u 4 pacientů.

Závěr: I přes to, že plicní sekvestrace je vzácná, zůstává její diagnostika a léčba důležitá pro minimalizaci rizik komplikací a k zachování dobré kvality života pacientů.

24. Aortoenterická píštěl – série kazuistik

E. Š. Horváthová

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Brno a LF MU

Aortoenterické píštěle představují vzácnou, ale život ohrožující komplikaci vyskytující se typicky v návaznosti na chirurgický výkon na břišní aortě. Tato série kazuistik předkládá retrospektivní analýzu zdravotnické dokumentace 4 pacientů s diagnózou aortoenterické píštěle v letech 2022-2024 ve Fakultní nemocnici Brno, se zaměřením na klinickou manifestaci a aplikovaný diagnosticko-terapeutický postup včetně jeho výsledků.

25. Atypické komplikace kanylace centrální žíly

L. Kunovský, M. Bocková, A. Stolz

Chirurgická klinika UK 2. LF a FN v Motole, Praha

Kanylace centrálních žil je nedílnou součástí perioperační péče. Jedná se o rutinní výkon s velmi dobře propracovanou metodikou i technickým vybavením a s minimem závažných komplikací. Nejčastěji je prováděna kanylace v. subclavia infraklavikulárním přístupem, doplňkově také v. jugularis interna, v. subclavia supraklavikulárně a v. femoralis. Cílem této přednášky je popsat řídky se vyskytující komplikace spojené s kanylací se zaměřením na jejich diagnostiku a terapeutické řešení.

26. Aneurysma aortoilického povodí se zaměřením na časné komplikace po chirurgických resekcích

E. Štěpánková, M. Pirkl, T. Daněk, M. Černý, F. Krampota, J. Horák, J. Rule

Oddělení cévní a plastické chirurgie, Pardubická krajská nemocnice, NPK a.s.

Úvod: Aneurysma břišní aorty není vzácné onemocnění. Incidence se v posledních 40 letech dle některých prací až zdvojnásobila. Jde o degenerativní postižení stěny abdominální aorty a jeho výskyt tedy stoupá s věkem. Se stárnutím populace tak problematika AAA nabývá na významu. Nárůst záchyty onemocnění je jednak absolutní díky prodlužování průměrného věku a jednak relativní vzhledem k vyššímu procentu záchyty onemocnění. Zásahu na tom má rozšíření moderních zobrazovacích metod. Hlavním rizikem AAA je vykrvácení z ruptury, vedoucí ke smrti až v 90 % neošetřených případů. Operační zákroky pro aneurysma aortoilického povodí se řadí mezi vrcholné výkony v běžné cévní chirurgii. A to mimo jiné i z důvodu relativně častých komplikací systémových a chirurgických u polymorbidních pacientů. Pooperační komplikace mívají charakteristickou časovou souvislost, které dělíme na:

1. komplikace časného pooperačního průběhu
2. komplikace dalšího pooperačního průběhu
3. odložené chirurgické komplikace
4. pozdní komplikace

Metodika: V této retrospektivní studii jsme hodnotili soubor pacientů operačně řešených pro aneurysma aortolické oblasti se zaměřením na časné chirurgické a cévní komplikace v období od 1.1.2010 až 31.12.2023 na Oddělení cévní a plastické chirurgie Pardubické nemocnice NPK, a.s. V souboru jsme sledovali:

1. letalitu
2. nutnost časné chirurgické, endovasální či kombinované reintervence po urgentních i elektivních výkonech.

Závěr: Cílem přednášky je seznámit posluchače s patogenezi, chirurgickou anatomii, rizikovými faktory AAA, symptomatologií, diagnostikou a operačními zákroky pro aneurysma aortoilického povodí a seznámení s možnými komplikacemi výkonu. Na závěr přednášky představíme krátkou retrospektivní studii na našem souboru pacientů v letech 2010 až 2023. Vzhledem k poměrně častým komplikacím se indikace k operaci řídí rozsahem nálezu a celkovém stavu pacienta. Operace u ruptury AAA je život zachraňujícím výkonem asi pro polovinu nemocných. Tito pacienti proto vyžadují vysokou pozornost a kvalitní péči i v pooperačním období se zaměřením na včasnou diagnostiku komplikací a následnou terapii.

27. Aneurysmorafie AV fistule – stále zlatý standard léčby? Retrospektivní pohled na soubor pacientů cévní chirurgie v Pardubické nemocnici

J. Horák, M. Pirkl, T. Daněk, M. Černý

Oddělení cévní a plastické chirurgie, Pardubická krajská nemocnice NPK, a.s.

Úvod: Nutnost hemodialýzy u pacientů s chronickou renální insuficiencí v dlouhodobém horizontu stále přibývá, jen v České Republice v roce 2020 bylo v hemodialyzačním programu evidováno 6 894 pacientů (dle ÚZIS). Za standardní, dlouhodobý, dialyzační přístup se považuje arteriovenózní fistule (AVF) především na horní končetině, která je komfortní jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál. Na oddělení cévní chirurgie v Pardubicích jsme za rok 2023 vytvořili okolo 90 AV fistulí. Vysoké počty dialyzovaných nemocných s AVF pak vedou i k poměrně vysokému počtu dlouhodobých komplikací cévního přístupu s nutností intervencí - mezi tyto se mimo jiné řadí aneurysmatická dilatace AV spojky. Četnost této komplikace se pohybuje okolo 2,4 %.

Cílem přednášky je seznámit posluchače s možnostmi hemodialyzačních přístupů, poukázat na výhody i nevýhody AV fistulí, přiblížit komplikace po výkonu a v neposlední řadě představit krátkou retrospektivní studii na našem souboru pacientů z oddělení cévní chirurgie v PCE.

Metodika: V této retrospektivní studii od začátku roku 2010 do konce roku 2023 sledujeme soubor 25 pacientů, u kterých se aneurysma AV fistule řešilo tzv. aneurysmorafií, neboli odstraněním přebytečné stěny fistule s následným sešitím do optimálního kalibru. Sledujeme pooperační funkčnost fistule, komplikace, nutnost reoperace, subjektivní pohled pacientů. Do souboru jsme nezařazovali pacienty, u kterých byla provedena primární ligace AV fistule, jiné typy korekcí, nebo u kterých se jednalo o pseudoaneurysma. Výsledky budou prezentovány v přednášce.

Závěr: U aneuryzmat AFV, která jsou indikována ke korekci, by měla být zvážena klasická aneurysmorafie. Dle našich výsledků a zkušeností s touto metodou je dlouhodobý efekt operace zřejmý a pacientům přináší benefit. Oproti jiným metodám, jako je použití exoprotézy, nezatěžuje pacienta cizorodým materiálem a při jejím správném provedení je snadným a elegantním řešením. Vždy však záleží na zvyklostech daného pracoviště.

28. Syndrom diabetické nohy a/nebo kritická končetinová ischemie – podceňovaná chirurgická výzva

M. PírkI

Oddělení cévní a plastické chirurgie, Pardubická krajská nemocnice NPK, a.s.

Abstrakt nedodán.

Herniologie, uzávěr laparotomie

29. Možnosti uzávěru laparotomie při léčbě difuzní peritonitidy

Š. Kolcún¹, J. Chudáček¹, P. Ochmanová¹, D. Klos¹, B. Zálešák²

¹I. Chirurgická klinika FN Olomouc

²Oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc

Úvod: V průběhu času dochází k vývoji nového přístrojového vybavení a technik uzávěru dutiny břišní jako i terapie „open abdomen“. V naší práci se zaměřujeme na možnosti uzávěru dutiny břišní při léčbě difuzní peritonitidy. Porovnáváme jednotlivé techniky uzávěru dutiny břišní užívaných na našem pracovišti (primární sutura, dočasný uzávěr dutiny břišní – COM, N.P.W.T.), s nejnovějším doporučením, které je dostupné ve světové literatuře. Cílem práce je zhodnotit vliv na časně a pozdní komplikace u pacientů léčených pro difuzní peritonitidu vyžadujících si chirurgickou intervenci a následný uzávěr dutiny břišní. Očekávaný výsledek srovnatelný s dostupnou světovou literaturou a nejnovějšími doporučenými technikami uzávěru dutiny břišní.

Metodika: V naší práci jsme hodnotili dospělé pacienty v období dvou let (2023 – 2024). Doba sledování byla s maximem jednoho roku. Zaměřovali jsme se na jednotlivé typy uzávěru dutiny břišní využívaných na našem pracovišti, kde patří primární sutura stěny břišní, nebo dočasný uzávěr dutiny břišní metodou COM, N.P.W.T.. Oba postupy jsou na naší klinice standardizovány, stejně tak i pooperační péče o tyto pacienty probíhající obvykle na odděleních intenzivní péče. Volba jednotlivých technik uzávěru dutiny břišní u sledovaných subjektů byla individualizována a závisela na peroperačním nálezu a rozhodnutí operátora, kterou metodu uzávěru zvolí.

Výsledky: Počet hodnocených pacientů byl 91, průměrného věku 65 let. Dle mechanismu se jednalo o léčbu sekundární difuzní peritonitidy, kdy u 56% pacientů byla zvolena forma „open abdomen“, z toho N.P.W.T bylo použito u 86% subjektů a forma uzávěru za pomoci COM byla využita u 14% pacientů. Primární suturu břišní stěny jsme provedli u 44%, kdy v polovině případů byla spojena i s terapeutickou modalitou 4 kvadrantové laváže dutiny břišní. Mezi závažné komplikace, které jsme sledovali u pacientů léčených pro difuzní peritonitidu patřil septický šok, u 21% pacientů, u části s progresí do MODS 15%. Rozvoj střevní neprůchodnosti byl zaznamenán ve dvou případech. V obou případech šlo o pacienty, kdy byla metoda uzávěru dutiny břišní formou primární suture. Vznik abscesových ložisek v dutině břišní, s další nutnou intervencí byl u 3% subjektů. Vznik enterokutánní píštěle jsme pozorovali u 2% pacientů. Krvácení jako komplikací vyžadující si chirurgickou revizi jsme zaznamenali v 10% případů z toho víc než polovina (55%) bylo u pacientů s využitím N.P.W.T.. Kompletní dehiscence laparotomie nastala v 3% případů. Mezi méně závažné, avšak časté komplikace patřily SSI 59%, dále infekce vznikající za hospitalice (pneumonie, IMC) 29%. Celková mortalita byla stanovena na 41%, z toho 83% tvořila 30denní mortalita. Délka hospitalizace u pacientů s „open abdomen“ byla průměrně 29 dnů, u pacientů po primární sutuře to bylo průměrně 19 dnů.

Závěr: Typ a technika uzávěru dutiny břišní při léčbě difuzní sekundární peritonitidy je ve světě prozatím nejednotná. Závisí hlavně na zvyklostech pracoviště, přístrojovém a technickém vybavení samotného nemocničního zařízení. Nejnovější přístrojové vybavení a technika, která je doporučena pro uzávěr dutiny břišní, patří mezi finančně náročné, a tím pádem nelze zcela komplexně standardizovat postup pro všechna nemocniční zařízení.

Dedikace: Možnosti uzávěru laparotomie při léčbě difuzní peritonitidy - primární uzávěr versus open abdomen - IGA_LF_2023_034

30. Hernioplastika objemné kýly v jivě u polymorbidní pacientky

J. Musil, P. Bystřický

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvod: Kýla v jivě je diagnóza, která představuje „evergreen“ na jakémkoliv chirurgickém pracovišti a je to nejčastější příčina reoperace po jakémkoliv břišním výkonu. Incidence se pohybuje okolo 20%. Při řešení není důležitá jenom zkušenost operačního týmu, ale také příprava pacienta a jeho vlastní compliance.

Kazuistika: Prezentace se týká kazuistiky 65leté polymorbidní a morbidně obézní pacientky, která se opakovaně dostavovala do herniologické poradny naší nemocnice pro objemnou kýlu v jivě. V rámci přípravy k operaci bylo doporučeno zredukovat tělesnou hmotnost, byl doporučen dietolog, bylo navrženo provést důslednou rehabilitaci a kompenzaci základních onemocnění. Pacientka byla v předoperační přípravě omezeně compliantní a opakovaně se vracela na naše pracoviště s prosbou okamžité operace, ačkoliv nevykazovala žádný pokrok v rámci pohyblivosti, rehabilitace, kompenzace základních

onemocnění a redukci hmotnosti. Při jedné z návštěv byla pacientka přivezena RZP; následně bylo provedeno klinické a komplementární vyšetření s nálezem subileozního stavu. Stav se nezlepšoval při konzervativní terapii.

Po diagnosticko-terapeutické rozvaze byla indikována k operačnímu výkonu, při kterém byla provedena aloplastika kýly v jizvě (Rives-Stoppa). Výkon proveden bez komplikací, délka výkonu 2,5 hodiny. Následně byla přesunuta na JIP, kde, v řádu několika hodin, nastala komplikace v podobě objemného hematomu v oblasti sítky s nutností urgentní operační revize. Při operační revizi byla provedena důsledná hemostáza a byla explantována sítky. Během výkonu byly přítomny známé oběhové nestability. Na peritoneum a fascii byl naložen elastický steh v rámci prevence retrakce a byl ponechán open-abdomen. Následně byla pacientka přeložena na ARO oddělení. Byly prováděny pravidelné chirurgické kontroly s převazy a aplikací VAC systému až do stabilizace stavu. Byla zvládnuta lokální infekce.

Po stabilizaci stavu byl proveden obtížný weaning a pacientka byla přeložena zpět na chirurgickou JIP. Poté byla indikována k definitivnímu operačnímu výkonu-aloplastice kýly v jizvě (Rives-Stoppa). Další vývoj již nekomplikovaný, dobrá tendence k hojení. Na oddělení pravidelná a důsledná rehabilitace s dechovou gymnastikou. Dimise domů v dobrém stavu po více než dvouměsíční hospitalizaci.

Závěr: Tato kazuistika má za cíl demonstrovat to, jak komplexní může být péče o pacienta s kýlou v jizvě; poukazuje na důležitost primárního výběru pacienta, na jeho edukaci ze strany lékaře a na snahu o jeho maximální compliance. Zároveň podtrhuje důležitost předoperační přípravy a mezioborové spolupráce mezi chirurgem, fyzioterapeutem a anesteziologem.

31. Laparoskopické operace inguinálních hernií u dětí

M. Hrabovský

Chirurgické oddělení s JIS Nemocnice Poprad

Cílem prezentace je shrnout dosavadní výsledky a operační postup laparoskopických operací inguinálních hernií u dětí na chirurgickém oddělení v nemocnici Poprad.

Na našem pracovišti používáme metodu laparoskopické intrakorporální purse-string sutury. Celkem bylo operováno 144 dětí od března 2017 do prosince 2023, celkem bylo ošetřeno 184 hernií. Nespornou výhodou laparoskopického přístupu je revize dutiny břišní, odhalení a ošetření perzistujícího processus vaginalis peritonei na kontralaterální straně. V tomto případě se při operaci oboustranné inguinální hernie snižuje operační čas v porovnání s klasickou metodou. Další výhodou laparoskopie je její kosmetický efekt.

Laparoskopická hernioplastika je aktuálně rovnocennou metodou při operaci inguinální hernie u dětí, je bezpečná a má stejně dobré výsledky z hlediska recidiv a komplikací.

32. Endometrióza Nuckova kanálu

D. Baliarová

I. chirurgická klinika – břišní, hrudní a úrazové chirurgie, VFN Praha

Nuckův kanál je definovaný jako neuzavřený processus vaginalis, výchlupka peritonea podél lig. teres uteri procházející skrz inguinální kanál do labium maius. Výskyt neobliterovaného processus vaginalis se odhaduje na přibližně 30% ženské populace, klinicky se manifestuje vzácně. Nejčastěji pak jako rezistence v tříse, která se může zvětšovat, může být bolestivá, potíže mohou být v některých případech vázané na menstruační cyklus.

Endometrióza je časté benigní gynekologické onemocnění postihující ženy v reprodukčním věku. Je definované jako rozsev buněk endometria mimo děložní dutinu, typicky ovaria, tuby. Ve vzácných případech se může vyskytovat v zcela atypických lokalizacích jako jsou játra, hrudník, mozkové obaly nebo právě Nuckův kanál, kde se výskyt odhaduje na přibližně 0,3 -0,6% všech případů endometriózy, takže se skutečně jedná o velmi vzácnou diagnózu. Endometrium uložené kdekoli v těle reaguje na hladiny pohlavních hormonů, to znamená, že v době menstruace dochází v ložiscích endometriózy ke krvácení a k tvorbě chronického zánětu.

Přednáška se zabývá danou problematikou z diagnostického a terapeutického hlediska, doplněná o tři kazuistiky z našeho pracoviště.

33. Simulace ve výuce mini-invazivní operativy

^{1,2}Z. Chovanec^{1,2}, F. Sasínek, T. ³Paseka, ¹I. Penka

¹I. chirurgická klinika FN USA a LF MU v Brně

²Ústav simulační medicíny a Simulační centrum LF MU

³SurGal clinic s.r.o.

Laparoskopický, mini-invazivní, operační přístup vyžaduje zcela odlišné a v některých případech i komplikovanější postupy, než v případě klasické operativy. K úspěšnému osvojení této operační techniky je nutno adekvátně zvládnout orientaci v operačním poli zprostředkovanou kamerou spojenou s koordinací nově osvojených motorických návyků operátora při užití laparoskopických pracovních nástrojů. Získání laparoskopických dovedností vyžaduje delší křivku učení než u otevřené operativy. Tradičně jsou mladí chirurgové vychováni za standardního provozu, nejintenzivněji v noci, o službách, přímo na operačním sále. Simulace jako taková, je čím dál častěji využívána jako vzdělávací technika napříč všemi medicínskými obory, ne jinak je tomu i v chirurgii. Snahou simulace a zavedení simulátorů do výcviku mini-invazivní operativy je přesunutí počáteční „learning curve“ mimo operační sál a reálného pacienta, a tedy minimalizace „začátečnických“ chyb. Nicméně je

nutno podotknout, že následnou roli zkušeného mentora v podobě atestovaného, zkušeného kolegy/gů, nelze nahradit žádným simulátorem.

Cílem prezentace je 10leté shrnutí pořádání simulačních laparoskopických mini-invazivních kurzů v Brně, vývoj přes I. simulační centrum virtuální chirurgie v ČR při I. chirurgické klinice Fakultní nemocnice u Sv. Anny v Brně (2014 – 2021) až po „tailor made kurzy“ pořádané v Simulačním centru Lékařské fakulty Masarykovy univerzity s vývojem simulačních modelů 2021 – 2024.

Klíčová slova: simulace, mini-invazivní operativa, learning curve

34. ULTRAPRO™ Hernia System (UHS) – naše zkušenosti

A. Růžičková

Chirurgické oddělení, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Tříselná kýla je u dospělé populace nejčastěji se vyskytující kýlou. Otevřená plastika tříselné kýly je prováděna na našem pracovišti tension free metodou, prakticky výhradně s využitím ULTRAPRO™ Hernia System (UHS), její využití na našem pracovišti je tedy velice časté. Jedná se o makroporézní částečně vstřebatelnou síť, se kterou má naše pracoviště dlouhodobě velmi dobré zkušenosti. U sledovaných pacientů se zřídka kdy vyskytují chronické bolesti, zaznamenaný výskyt recidiv kýly u pacientů po implantaci ULTRAPRO™ Hernia System (UHS) je taktéž nízký. Z provedené statistiky dále vyplývá, že při použití této sítě zaznamenáváme minimum akutních i chronických pooperačních komplikací. V posledních letech ULTRAPRO™ Hernia System (UHS) s oblibou využíváme též k plastice umbilikálních hernií.

35. Klinické zkušenosti s využíváním biokeramického obvazového krytí přípravku CERDAK při léčbě ranných infekcí a chronických ran.

G. Popivnyak, J. Szárszoi, P. Ivák

Klinika kardiovaskulární chirurgie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Úvod: U pacientů po chirurgických výkonech jsou ranné infekce komplikací, která představuje významnou zátěž pro pacienty i pro zdravotnický systém. Výskyt těchto tzv. surgical site infections (SSI) je v Evropě udáván v rozmezí 0,6-9,5 %, dle typu chirurgického výkonu. K léčbě a prevenci těchto stavů je využíváno široké spektrum metod (podtlaková terapie – NPWT, nové obvazové a krycí materiály, vlhké hojení). Biokeramický obvazový materiál CERDAK se řadí mezi novější prostředky využívané k prevenci a léčbě ranných infekcí. Materiál je vyrobený z porézni keramických granulí, které jsou schopné absorbovat sekreci tvořící se v ranách a také ve svých pórech filtrovat přítomné bakterie. Tento obvazový materiál je možné používat v léčbě chronických ranných infekcí, například u pacientů s ulceracemi nebo gangrény na dolních končetinách, u popálenin, nebo u dalších typů obtížně se hojících infekčních nebo neinfekčních ran. Biokeramický obvazový materiál CERDAK tedy představuje novou alternativu k běžné terapii chronických ran (např. vlhké hojení, nebo vakuum asistované systémy).

Metody: Do současné doby bylo v Kardiocentru Institutu klinické a Experimentální medicíny v Praze léčeno 136 pacientů s chronickou rannou infekcí (zejména u poruch hojení pooperačních rán a dekubitů), u kterých bylo použito materiálu CERDAK přistoupeno jako ke kroku, který zpravidla následoval po protražované léčbě pomocí NPWT systémů, nebo jiných přípravků pro např. pro vlhké hojení ran. Přípravek CERDAK umožnil v řadě případů rány buď úplně vyhojit, nebo dostat do stavu, kdy bylo možné propuštění pacientů do domácího prostředí, kde byly prováděny převazy personálem domácí péče s nutností pouze pravidelných ambulantních kontrol. Biokeramický obvazový materiál je na pracovišti autorů, kromě obtížně hojitelných SSI, používán také jako primární prostředek k hojení dalších typů chronických rán, nejčastěji dekubitů různého rozsahu. Tento materiál je možné využít také ke krytí pooperačních ran u pacientů se zvýšeným rizikem poruchy hojení (pacienti s obezitou, diabetes mellitus, těžká ateroskleróza). Specifickou skupinou, u které je přípravek ve vybraných případech používán jsou pacienti s mechanickou srdeční podporou, kteří mají vysoké riziko infekce v oblasti vyústění perkutánního kabelu.

Tyto možnosti použití krycího materiálu budou prezentovány na konkrétních kazuistikách.

Závěr: Biokeramický obvazový materiál CERDAK se osvědčil v léčbě chronických ranných infekcí, zejména u pacientů, u kterých selhaly konvenční metody (např. NPWT, vlhké hojení). Použití převazového materiálu umožňuje převazy v domácím ošetření tedy zlepšení kvality života pacientů i snížení nákladů na hospitalizační péči. Materiál představuje viabilní alternativu k doposud používaným metodám léčby chronických ran. V posledních letech se stává součástí standardní léčby u pacientů s nehojícími se chronickými ranami.

Onkochirurgie II

36. Chirurgická léčba končatinových sarkómů – naše zkušenosti

M. Jurík, M. Bernadič, R. Duchoň, S. Kokavec, P. Dubovan, K. Bieliková

Národní Onkologický Ústav, Bratislava

Sarkómy mäkkých tkanív sú raritné, mezenchymálne nádory, predstavujúce len približne 1% solidných malignít u dospelých pacientov. Z anatomického rozmiestnenia sú končatinové sarkómy najčastejšie, predstavujúce 60% celkového počtu soft tissue sarkómov. Pre nízku incidenciu sú často nesprávne zdiagnostikované a liečené mimo špecializačných centier, čo vedie k zhoršeniu prognózy pacienta. Liečebný manažment vyžaduje multimodálny prístup a je rozdielny pre jednotlivé histologické typy. Správna diagnostika a iničiálna chirurgická resekcia primárneho nádoru určujú osud pacienta. Cieľom našej prednášky je zosumarizovanie aktuálnych liečebných postupov a odprezentovanie našich skúseností s chirurgickou liečbou.

Kľúčové slová: končatinové sarkómy, liposarkóm, myxofibrosarkóm, multimodálny prístup, široká excízia, kompartmentová resekcia

37. Naše skúsenosti s chirurgickou liečbou malígneho melanómu

S. Kokavec, E. Rovenská, J. Pechan, D. Pindák

Klinika chirurgickej onkológie SZU a NOÚ

Úvod: Malígný melanóm je nádor s vysokým zhubným potenciálom, ktorý vzniká malígnou transformáciou melanocytov. Incidencia malígneho melanómu celosvetovo neustále stúpa, pričom mortalita ochorenia dosahuje až 75% a naďalej predstavuje hlavnú príčinu úmrtia u pacientov s malignitami kože.

Cieľ: Cieľom našej retrospektívnej štúdie bolo zhodnotiť efektivitu exstirpácie suspektnej malígnej kožnej lézie v lokálnej anestézii ambulantne so zameraním na malígný melanóm v štádiu pT1a.

Metódy: Naša štúdia je retrospektívnou observačnou štúdiou. Vykonalí sme analýzu dát 238 zákrokov u 212 pacientov v lokálnej anestézii klinicky suspektných malígných kožných lézií. Typy zákrokov sme rozdelili do šiestich skupín podľa výsledku definitívnej histológie.

Výsledky: Z celkového počtu 238 zákrokov tvorili ťažko dysplastické névy 26,5 %, lentikulárne metastázy a iné kožné malignity 18,5 %, malígný melanóm v štádiu viac ako pT1b 12,6%, malígný melanóm in situ + malígný melanóm pT1a s dosiahnutím dostatočného resekcneho okraja v prvom sedení 14,7%, radikalizácia jazvy po extra muros excízií malígneho melanómu pT1a 5,8% a malígný melanóm pT1a s radikalizáciou jazvy v lokálnej anestézii 21,9%. Z celkového počtu 212 pacientov bolo chirurgické riešenie v lokálnej anestéze dostatočné pre 75 pacientov (35,4%) s in situ a pT1a malígnym melanómom.

Záver: Naše skúsenosti potvrdzujú onkologickú bezpečnosť exstirpácie in situ a pT1a malígneho melanómu v lokálnej anestézii. Všetci pacienti s patohistologickým štádiom pT1b a viac následne podstúpili radikalizáciu a biopsiu sentinelových uzlín v celkovej anestézii, pričom všetky radikalizované jazvy boli histologicky bez malignity a sentinelové lymfatické uzliny boli rovnako histologicky bez malígneho postihnutia. Naše výsledky odzrkadľujú efektivitu manažmentu exstirpácie dermatoskopicky suspektných malígných melanómov v lokálnej anestézii, pretože u všetkých pacientov bola dosiahnutá R0 resekcia a súčasne u 35,4% pacientov v našom súbore bolo ušetrených od biopsie sentinelových lymfatických uzlín v celkovej anestézii.

38. Paliatívna chirurgia v liečbe malígneho melanómu

V. Rekeň¹, R. Trška², D. Dyttert¹, J. Palaj¹, J. Chvála¹, L. M. A. Rodriguez¹, M. Sabol¹, Š. Durdík¹

¹Klinika onkologickej chirurgie LFUK a OÚSA, Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o., Bratislava

²Klinika plastickej, estetickéj a rekonštrukčnej chirurgie LFUK a UNB, Nemocnica Ružinov, Bratislava

Metastatický melanóm je prototypom agresívnej malignity s nízkou mierou prežitia. Tradičné chemoterapeutické režimy z minulosti nevedli k výraznému predĺženiu prežívania pacientov, ktorých kvalita života bola značne ovplyvnená aj toxicitou liečby. Imunoterapia ako nový druh potencovania cytotoxických funkcií imunitného systému poskytuje trvalú odpoveď a zlepšila vyhliadky pacientov s týmto typom zhubného nádoru. Napriek rôznym prístupom je spoločným cieľom imunoterapie (ICI) zvýšiť reguláciu aktívácie T-buniek, aby sa zabránilo imunitnej tolerancii a zároveň sa obmedzila zápalová odpoveď v normálnych tkanivách.

Paliatívne chirurgické postupy vo svete chirurgickej moderny a využiteľnosti technických postupov by mali byť zamerané na dosiahnutie ústupu symptómov a zlepšenie kvality života pacienta. Dané zákroky samozrejme neovplyvnia konečnú progresiu ochorenia čo môže za nedostatočnej informovanosti pacienta viesť k neadekvátnym očakávaniam zvratu nepriaznivej prognózy choroby. Bežnými indikáciami pre paliatívnu chirurgiu sú najmä malígna obštrukcia čriev a žilových ciest či liečba rozsiahleho ochorenia kože a mäkkých tkanív. Kožné metastázy melanómu predstavujú relatívne častý jav ako prvý príznak pokročilého ochorenia alebo príznak recidívy. Sú zvyčajne asymptomatické, hoci v pokročilých štádiách sa môžu prejavovať ulceráciou, krvácaním a superinfekciou. Liečebné postupy sa líšia od jednoduchých chirurgických resekcii cez lokálne ošetrovania alebo kombináciu týchto techník so zmieňovanou modernou systémovou liečbou. Nepriaznivé lokality kožných lézií môžu tiež predstavovať dobrý podklad pre vnútroodborovú chirurgickú spoluprácu v záujme bezpečnej paliatívnej liečby čo autori demonštrujú konkrétnym prípadom z praxe.

Nedostatok konsolidovaných údajov a randomizovaných štúdií o bezpečnosti a účinnosti chirurgickej liečby v štádiu kožných metastáz melanómu je pravdepodobne základom premenlivých výsledkov uvádzaných pre rôzne liečby v kazuistikách a sériách prípadov. Nie je objasnené, prečo sa u mnohých pacientov tieto nádory rýchlo šíria do regionálnych uzlín alebo vzdialených orgánov, zatiaľ čo u iných pacientov zostávajú niekoľko mesiacov alebo rokov obmedzené v jednej lokoregionálnej oblasti. Napriek novým imunitným lokálnym a systémovým terapiám, ktoré dramaticky menia prognózu metastatického melanómu, zostáva zvládnutie tranzitných a vzdialených kožných metastáz stále neuspokojenou potrebou. Postupmi paliatívnej chirurgie je možné síce ovplyvniť kontrolu ochorenia, ale iba zriedkavo dosiahnuť liečebný účinok.

39. Nové možnosti v chirurgickej liečbe karcinomu prsu v nemocnici České Budějovice

J. Houzar, J. Beneš

Chirurgické oddelenie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mammologická problematika zažívá v posledných letech veľký rozvoj na všetkých úrovniach. Počínaje systematickým screeningom, zdokonalujúci sa diagnostikou, stále více a více šetrnější operativou a efektivním onkologickým zajištěním. V nemocnici České

Budějovice jsme v roce 2023 provedli 348 operací prsou (číslo zahrnuje extirpace, parciální mastektomie i mastektomie). A z celkového počtu operačních výkonů bylo 49 výkonů doplněno o rekonstrukční výkon. Míra komplikací se pohybovala kolem 10% (typ 2 a 3 dle Clavien-Dindo).

Jako novou metodu jsme od října 2023 zavedli označení uzlin v podpaží zavřeným radioaktivním zářičem - jodovým zrnem. Toto značení využíváme především k lokalizaci patologických uzlin. Tato metoda začala být hrazena pojišťovnou od října 2019, od té doby již byla opakovaně vyzkoušena a je postupně zaváděna do řady nemocnic ČR. Nyní je používána ve 23 zdravotnických zařízeních. Hlavní význam této metody spočívá v šetrnějším a cílenějším zásahu do axily (TAD). Tak snižuje morbiditu a pooperačních komplikací.

Od října 2023 jsme aplikovali 15 jodových zrn. Při manipulaci s jodovým zrnem došlo i ve dvou případech k jeho ztrátě. To vedlo k vytvoření vnitřní směrnice nemocnice pro nakládání s jodovým zrnem ve spolupráci s nukleárním oddělením nemocnice a v souladu s předpisy SÚJB.

Od prosince 2023 jsme zavedli další novinku, kterou je použití peroperačního mammografu, díky kterému je operátor ve spolupráci s radiologem schopen zhodnotit makroskopické okraje odstraňovaného tumoru. Indikujeme ji u parciálních mastektomií a u operací s použitím jodového zrna. Od prosince jsme jej využili u zhruba 49 výkonů a 12 z nich jsme peroperačně doresekovali. Význam této metody spočívá ve snížení počtu reoperací kvůli neodstatečným okrajům u preparátů s tumorem.

Závěr: Nemocnice České Budějovice se snaží stále hledat a zavádět nové metody, které by umožnily lepší diagnostický i operační outcome. Práce s jodovým zrnem je u nás na svém začátku, ale už teď vidíme její benefity. Peroperační mammograf je dobrým pomocníkem a přínosným komplementem v práci mamárního chirurga.

40. Naše zkušenosti s detekcí sentinelové uzliny u karcinomu prsu pomocí ICG

P. Palát, P. Geryk, M. Škrovina, P. Bujok

Nemocnice AGEL Nový Jičín a.s.

Úvod: Současným zlatým standardem axilárního stagingu u pacientek s karcinomem prsu je biopsie sentinelové lymfatické uzliny (SLNB) s využitím radioizotopového technecia (99mTc), případně v kombinaci s modrým barvivem. Nyní přichází slibná alternativa ve formě fluorescenčního zobrazování pomocí ICG.

Cíl: Cílem našeho pozorování je porovnání metod značení sentinelové uzliny u karcinomu prsu pomocí radioizotopu 99mTc a pomocí fluorescenčního barviva ICG. Sledování výskytu časných komplikací – alergická reakce, serom, hematom, dehiscence, nekróza, flegmona, dehiscence rány.

Metoda: Tato unicentrická studie je registrována do grantu společnosti AGEL a.s. Jedná se o retrospektivní hodnocení s prospektivním sběrem dat pacientů, kteří podstoupili biopsii sentinelové uzliny v letech 2016-2023. Celkem bylo zařazeno 506 pacientů s karcinomem prsu a klinicky negativními uzlinami rozdělených do dvou skupin. V letech 2016-2019 bylo pacientům aplikováno předoperačně technecium (99mTc) a následně detekována sentinelová uzlina pomocí gamma sondy (N1-99mTc=252). V letech 2020-2023 byla intraoperačně aplikována fluorescenční látka ICG se zobrazením pomocí speciálního kamerového systému (N2-ICG=254).

Výsledky: Ve sledovaném souboru jsme zaznamenali signifikantní rozdíl mezi mírou detekce SLNB pomocí metody ICG 99,2% oproti detekci radioizotopem 99mTc 93,7% ($p=0,0007$), která vycházela ve prospěch ICG. Ze sledovaných komplikací vycházel výskyt seromu signifikantně vyšší ve skupině ICG 16,5% než ve skupině 99mTc 4,7% ($p=0,00017$) a výskyt nekrózy vyšší ve skupině ICG 1,57% než ve skupině 99mTc 0% ($p=0,045$). V dalších sledovaných parametrech jsme již nezaznamenali statisticky významný rozdíl.

Závěr: V této studii jsme prokázali, že metoda detekce sentinelové uzliny u karcinomu prsu pomocí ICG má signifikantně vyšší úspěšnost než značení prostřednictvím 99mTc. Výskyt vyšších pooperačních komplikací charakteru seromu a nekróz u pacientů s metodou ICG je způsoben nedostatečným počtem dat u pacientů ve skupině 99mTc.

Miniinvazivní chirurgie

41. Akutní fundoplikace – videokazuistika

P. Hudáč, J. Moravík, J. Rejholec

Chirurgické oddělení Nemocnice Děčín, o.z., Krajská zdravotní, a.s.

Úvod: Naše kazuistika se věnuje případu 46leté pacientky prezentující se s protrahovaným zvracením, kdy bylo nejdříve vzhledem k anamnéze pomýšleno na psychosomatickou příčinu potíží, nicméně později gastrokopicky prokázána objemná hiátová hernie charakteru upside down stomach. Po několika dnech akutní zhoršení obtíží a RTG pasáží průkaz volvulu žaludku, který se celý nachází nad bránicí. Rozhodnuto o akutní operaci po nejnnutnější stabilizaci vnitřního prostředí, do 24 hodin provedena hiatoplastika s fundoplikací, pacientka propuštěna v dobrém klinickém stavu, na dalších ambulantních kontrolách pacientka bez potíží.

Metoda: Videokazuistika

Výsledky: Pacientka s obezitou, úzkostnou poruchou a epilepsií přijata na interní ambulanci, kde se prezentovala s několik týdnů trvajícím obtížemi charakteru častého zvracení. Klinické vyšetření bez dramatického nálezu, uzavřeno jako protrahované zvracení nejasné etiologie, jednorázová léčba antiemetiky, doporučena gastrokopie. Ta proběhla o několik dní později a prokázala velkou hiátovou hernii charakteru upside down stomach, stagnaci tráveniny a stagnační esophagitis. To potvrzeno i na RTG pasáží žaludkem, kde ale bez známek GER. Později pro zhoršení stavu vyšetřena chirurgem, nicméně

propuštěna domů bez terapie. Dále znovu akutní zhoršení, zvrací i tekutiny a léky, hubne – odeslána k přijetí na chirurgické oddělení, kde laboratorní výsledky prokázaly známky dehydratace a renální insuficience. Doplněno CT hrudníku a břicha, kde obraz volvulu žaludku. Rozhodnuto o akutní operaci po stabilizaci vnitřního prostředí. Zavedena NGS, farmakoterapie – subjektivní úleva a úprava laboratorních parametrů. Do 24 hodin od přijetí provedena operace – hiatoplastika s fundoplikací. 2. pooperační den propuštěna v dobrém klinickém stavu, toleruje kašovitou dietu, subjektivně bez potíží. Na ambulantních kontrolách uspokojivý nález, pacientka se cítí skvěle.

Závěr: Nehledě na anamnézu psychických onemocnění nesmíme zapomenout v první řadě vyloučit závažnější příčiny potíží. Časté a protrahované zvracení i po malém množství jídla může znamenat hiátovou hernii nebo dokonce i náhlou příhodu břišní charakteru uskřínuté hiátové hernie.

42. Intraoperační molekulární zobrazení v HPB chirurgii, od výzkumu po operační sál

T. Husárová, K. Vopička Menclová, J. Pudil, Š. O. Schütz, K. Pončáková, R. Pohnán

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN

Předoperační zobrazení i hodnocení intraoperačního nálezu v hepatopankreatobiliární chirurgii jsou v současné době zatížené obtížným rozlišením nádorové tkáně od zánětu a fibrózy. Diagnosticky náročný je i záchyt lézí pod 0,5cm.

Použití ultrazvuku vedlo k výraznému posunu v jaterní chirurgii ve smyslu rozvoje parenchym zachovávajících resekcí vzhledem k možnosti přesnějšího zobrazení přímo na operačním sále. Novější metodu intraoperačního zobrazení tumorů nebo resekcí linií je fluorescence. Vzhledem k limitům zobrazení pomocí ultrazvuku, který je nyní zlatým standardem v jaterní chirurgii, jsou molekulární metody zobrazení v současné době předmětem výzkumu. Presentujeme výsledky našeho výzkumu zaměřeného na molekulární zobrazení tumorů pankreatu založeném na acidickém pH tumorů ve srovnání s okolní tkání. Dále prezentujeme naše klinické zkušenosti s fluorescenčním zobrazením metastáz kolorektálního karcinomu jater v průběhu robotické jaterní chirurgie. Přesnější zobrazení má potenciál snížit množství R+ resekcí, detekovat metastázy s větší přesností a usnadnit orientaci v průběhu operačního výkonu.

43. TAPP jako start k miniinvazivní chirurgii – rezidenti, robotika

K. Havlová, T. Husárová, Š. O. Schütz, M. Murin, J. Pažin, R. Pohnán

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN

Miniinvazivní techniky jsou recentně všeobecně čím dál tím více preferované nad otevřenou operativou. V souladu s tímto trendem jsou i herniologická doporučení vzhledem k vlivu laparoskopie na rychlejší pooperační zotavení a nižší incidenci syndromu chronické pooperační bolesti třísla. Trans-abdominální pre-peritoneální (TAPP) a totálně extraperitoneální (TEP) přístup jsou nejužívanějšími laparoskopickými metodami reparace tříselných kýl. Roboticky asistovaný přístup je rozvíjející se novodobou miniinvazivní alternativou. Vzhledem k zmíněnému trendu se stává časné zapojení rezidentů do vedení laparoskopických operací nutností.

Evalovali jsme počet TAPP prováděných na našem pracovišti mezi lety 2019 a 2023, kdy podíl TAPP prováděných rezidenty vzrostl z 10% na 34%. Při porovnání pooperační morbidit pacientů operovaných rezidenty a pacientů operovaných laparoskopicky zkušeným atestovaným chirurgem nebyly pozorovány výrazné procentuální odchylky. Srovnatelná byla i perioperační morbidita po TAPP laparoskopickým či roboticky asistovaným přístupem.

Trend prioritizování laparoskopických výkonů se nevyhýbá ani nejmladším lékařům. Provádění TAPP se jeví jako bezpečná a dostupná možnost časného zapojení rezidentů do vedení laparoskopických výkonů. Dále potřebné jsou studie ukazující roboticky asistovanou TAPP jako bezpečnou možnost pro rezidenty k zahájení learning curve robotické chirurgie.

44. Roboticky asistovaná resekce rekta – naše zkušenosti

J. Riško, P. Špička, D. Klos, M. Loveček, J. Molnár

I. chirurgická klinika LF UP v Olomouci a FNOL

Úvod: Roboticky asistovaná resekce rekta je etablovaným miniinvazivním chirurgickým výkonem na I. chirurgické klinice Fakultní nemocnice Olomouc. Cílem práce je prezentace výsledků pracoviště za období 9/2021 – 1/2023 a zhodnocení pooperačních komplikací.

Metodika: Byla použita retrospektivní analýza dat z období mezi říjnem roku 2021 a březnem roku 2023. Data byla získána z dokumentace pacientů, šlo o délku operace, typ operace, délku hospitalizace na jednotce intenzivní péče, délku hospitalizace na standardním oddělení, TNM klasifikaci a grading, četnost a závažnost 90 denního sledování komplikací dle klasifikace Clavien-Dindo, BMI, věk, a také, zda byla u pacienta provedena neoadjuvantní léčba, četnost založení protektivní ileostomie a odstup k zanoření stomie.

Výsledky: Do studie bylo zahrnuto celkem 78 pacientů. Neoadjuvantní léčba byla indikována u 12 pacientů (9,36%). Typ resekce: přední nízká resekce u 69 pacientů (88,5%), primárně amputace rekta u 9 pacientů (11,5%). Celková průměrná délka hospitalizace byla 11 dní. Operace trvala v průměru 3:07 hodin. Protektivní ileostomie byla při přední nízké resekcí primárně založena ve 21 případech (30,4%). Ke zrušení protektivní ileostomie dospělo 16 pacientů v průměru za 124 dní od operace. Komplikace dle Clavien-Dindo klasifikace: 1.-2. stupně u 63 pacientů (49,14%), 3. stupně u 9 (7,02%) a 4. stupně u 2 pacientů (1,56%).

Závěr: Závislost četnosti komplikací na BMI ani na věku prokázána nebyla, bylo však prokázáno, že se s přibývajícím zkušeností délka operací zkracuje. Skupina pacientů po neoadjuvantní terapii nevykazovala vyšší četnost komplikací. S přibývajícím zkušeností pracoviště klesl operační čas z počátečních 5:30 na 2:40 hodin.

45. Laparoskopická resekce slezinné flexury tlustého střeva: indikace, objem lymfodisekce a typ anastomózy

D. Kravtsov, D. Havel, A. Zahrádka

Masarykova městská nemocnice v Jilemnici

V případě lokalizace nádoru ve slezinném úhlu tlustého střeva jsou otázky objemu resekce, objemu lymfatické disekce, technických aspektů operace a volby techniky anastomózy v odborné komunitě stále diskutovány. V tomto článku je uveden přehled literatury a našich vlastních zkušeností s léčbou pacientů s touto lokalizací nádoru, prokázána proveditelnost a bezpečnost tohoto typu kolorektální resekce.

Úvod: Podle literárních údajů se lokalizace nádoru v projekci slezinného úhlu tlustého střeva pohybuje od 23 do 31 %. Literární údaje týkající se volby objemu resekce, objemu lymfatické resekce a techniky anastomózy (intrakorporální nebo extrakorporální) se liší.

Metoda: Byla provedena analýza literárních údajů o laparoskopických kolorektálních resekcích pro lokalizaci nádoru ve slezinné flexuře tlustého střeva, včetně randomizovaných studií. Provedli jsme také retrospektivní analýzu vlastních zkušeností s léčbou pacientů s danou lokalizací nádoru.

Výsledky: Randomizované studie prokázaly onkologickou a celkovou bezpečnost tohoto typu resekce. V naší vlastní zkušenosti jsme nezaznamenali žádné komplikace nad I dle Clavien-Dindo. Průměrná doba operace byla 154 ±10 minut. Průměrná ztráta krve byla 56 ml (min.12ml, max.200ml). Průměrný počet odstraněných lymfatických uzlin 14,2. Všechny resekce byly provedeny v objemu R0. Při všech operacích jsme používali výhradně intrakorporální anastomózu. Průměrná doba hospitalizace byla 5,5 pooperačního dne.

Závěr: Laparoskopická resekce slezinné flexury tlustého střeva je reprodukovatelný, bezpečný a onkologicky odůvodněný výkon srovnatelný s levostrannou hemikolektomií nebo rozšířenou pravostrannou hemikolektomií které chirurgové provádějí také v případě, že se nádor nachází ve slezinné flexuře tlustého střeva.

46. Hirschsprungova nemoc v dospělém věku

K. Hančín, F. Pazdírek

Chirurgická klinika 2. LF UK a FNM

Hirschsprungova choroba (HCH) je vrozená střevní aganglióza manifestující se v novorozeneckém věku, v dospělosti je raritní. Klinickým projevem HCH u dospělých je úporná chronická obstrukce. Komplikací onemocnění v dospělém věku bývá rozvoj ileózního stavu tlustého střeva s obrazem megakolon, který může progredovat až v perforaci střevní stěny.

Diagnóza onemocnění je postavena na typickém obraze při irigografii ev. CT kolografii a histologickém průkazu agangliózy stěny rekta. Léčba HCH je pouze chirurgická. Operace spočívá v resekcí aganglionárního úseku a obnovení kontinuity trávicí trubice koloanální anastomózou.

V kazuistice popisujeme případ mladého muže trpícího od dětství těžkou obstrukcí. V 20 letech se u pacienta rozvinul ileozní stav s obrazem megakolon. Na periferním chirurgickém pracovišti byla pacientovi akutně založena axiální sigmoideostomie a nástěnná cékostomie. Po odeznění akutního stavu byl pacient podrobně dovyšetřen a byla diagnostikována Hirschsprungova nemoc.

Na našem chirurgickém pracovišti pacient podstoupil radikální operaci - roboticky asistovanou resekcí rekta dle Swansona s transanálně šitou koloanální anastomózou a pojistnou axiální ileostomií. Pooperační průběh byl komplikován hematodem v pánevi, který byl řešen CT navigovanou drenáží. Ostatní pooperační průběh byl bez komplikací.

Závěr: Výskyt HCH v dospělém věku je vzácný. Projevem HCH v dospělosti je úporná obstrukce, která může vyústit až v život ohrožující stav. Léčba HCH je pouze chirurgická. Operaci je možné nově také provést roboticky asistovaně.

47. Naše výsledky a learning curve da Vinci robotické chirurgie

J. Chrobok, V. Teplan

Centrum robotické chirurgie Nemocnice Na Homolce

Úvod: Robotická chirurgie je celosvětově i v ČR rozvíjející se operační technika, která přináší řadu výhod ve srovnání s ostatními operačními postupy (kratší doba hospitalizace, rychlejší rekonvalescence, menší bolestivost operačních ran, méně infekcí v ráně, nižší riziko kýly v jizvě a méně konverzí). Operace jsou provedeny nejmodernější generací robotického systému DaVinci Xi. Learning curve kolorektálních operací je dosažena v relativně krátkém časovém období a je zejména bezpečnou metodou.

Metodika: Retrospektivní analýza pacientů z databáze našich výsledků. Bylo zahrnuto všech 223 pacientů operovaných v období od dubna r.2020 do dubna r.2024

Výsledky: Náš soubor a výsledky jsou srovnatelné se zahraničními pracovišti zabývající se robotickou operativou.

Podpora projektu: Studie byla podpořena interním grantem Nemocnice Na Homolce IG232101

Akutní cholecystitýda, současné možnosti léčby

48. Zobrazovací metody u akutní cholecystitýdy

H. Mírka

Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Abstrakt nedodán.

49. Intervenční metody u akutní cholecystitýdy

E. Korčáková

Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Abstrakt nedodán.

50. Pohled na intervenční metody z pohledu gastroenterologa

V. Hejda

I. Interní klinika LF UK a FN Plzeň

Abstrakt nedodán.

51. Chirurgická léčba akutní cholecystitýdy

J. Fichtl

Chirurgická klinika LF UK a FN Plzeň

Abstrakt nedodán.

52. Jasná biliární kolika – klinickým obrazem na scesti

M. Brabencová, J. Navrátil, F. Davídková

Chirurgické oddělení Nemocnice Roudnice nad Labem

Úvod: Poměrně jasný klinický obraz biliární koliky nemusí být vždy tím, čím se zdá. Uvádíme příklad pacientky s obrazem biliární koliky pod kterým se skrývala trombóza truncus coeliacus. Klinický obraz poté přechází od abdominální anginy v postupnou ischemii až multiorgánové selhání.

Uvádíme případ paní Václavy *1948, která přichází v odpoledních hodinách s jasným klinickým obrazem biliární koliky, laboratorní a USG vyšetření jsou ovšem negativní. Pacientka je přijata k observaci. V horizontu 72 hodin progresse laboratorního nálezu, doplněno CT břicha s KL, kde je dominujícím nálezem trombóza truncus coeliacus - vyslovena suspekce na cévní ileus. Pacientka indikována k akutní chirurgické revizi. Peroperační nález plně vitálního žaludku i kliček tenkého střeva avšak gangrenózního žlučníku - provedena LCHCE. V pooperačním období konzultace cévní chirurgie stran uzávěru truncus coeliacus se závěrem, že se jedná o chronický a neřešitelný uzávěr - pacientka indikována ke konzervativnímu postupu. Pacientka realimentována, propuštěna v dobrém stavu do domácího ošetřování. Tři dny po propuštění pacientka přivezena RZP pro bolesti v epigastriu a zvracení, opět přijata k observaci. Doplněna gastroskopie s nálezem mnohočetných ischemických až nekrotických ložisek - gastroenterologem doporučena totální gastrektomie, která vzhledem k celkovému stavu pacientky možná pouze z vitální indikace při perforaci žaludku a to s nejistým outcomem. Opět zvolen konzervativní postup, kontrolní gastroskopie lehkým zlepšením nálezu. Pacientka i rodina o povaze a prognóze onemocnění informovány, pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Dva dny po propuštění opět přivezena RZP pro bolesti v epigastriu, opět přijata k observaci, vedlejší nález IMC. V průběhu dalších 72 hodin postupný rozvoj iritace pankreatu až akutní pankreatitidy, objevení výpotku v L hemitoraxu a atelektáza L plíce. Nasazena terapie dle guidelines, bolesti tlumeny morfinem á 12 h. Prognóza pacientky špatná.

53. Strategie chirurgické léčby u rizikových pacientů s akutní cholecystitidou a možnosti „bail-out“ výkonu v případě laparoskopické cholecystektomie.

J. Patij, M. Straka, L. Burda

Chirurgické oddělení, Centrum vysoce specializované onkologické péče nemocnice Nový Jičín a.s.

Chirurgická intervence u většiny pacientů s akutním zánětem žlučníku patří mezi standardní výkony všeobecné chirurgie. V praxi se však setkáváme s pacienty, jejichž celkový zdravotní stav je zatížen komorbiditami, které významně zvyšují riziko vzniku komplikací po chirurgickém výkonu. Indikující lékař se ocitá před rozhodnutím, zda operovat s vědomím vyššího perioperačního rizika, anebo zvolit jako alternativu perkutánní intervenci. V případě chirurgické intervence je laparoskopický přístup pro pacienta s biliární sepsí a dalšími přidruženými komorbiditami výhodný ve smyslu minimalizace případných rizik otevřené cholecystektomie. V případě nemožnosti bezpečné identifikace struktur v zánětlivě změněném terénu operatér má možnost změny operační strategie na tzv. „bail-out“ procedure, a tím vyhnout se poranění žlučových cest s nutností konverze operačního výkonu, která by vedla ke ztrátě výše zmíněných výhod laparoskopické intervence. Cílem sdělení je definovat

skupinu pacientů, kteří jsou významně limitováni svým zdravotním stavem v kontextu indikace chirurgické intervence a popsat bezpečnou strategii úspěšného managementu pacientů s akutní cholecystitidou.

Klíčová slova: akutní cholecystitida, perkutánní cholecystostomie, cholecystektomie, „bail-out“ procedure

Traumatologie a válečná chirurgie

54. Ruptury distálního úponu bicepsu

Š. Šuška, P. Bílek

Chirurgické oddělení Okresní nemocnice Havlíčkův Brod

Ruptury distálního úponu bicepsu patří mezi vzácná svalová poranění v oblasti loketního kloubu. Mechanismus úrazu je nejčastěji při násilné flexi a supinaci v loketním kloubu. Nejlepší funkční výsledky vykazuje operační léčba (modifikovaná Boydova – Andersenova metoda). Naše pracoviště prezentuje od roku 2020 do roku 2022 osm případů ruptury distálního úponu bicepsu oproti 4 případům ruptury dlouhé hlavy bicepsu (literárně zastoupena v největším počtu v 96 %). V jednom případě bilaterální rupturu distálního úponu bicepsu. Diagnostika se opírá hlavně o anamnestické údaje. K verifikaci diagnózy lze použít UZ vyšetření nebo MRI.

Klíčová slova: sval, ruptura distálního úponu

55. Úspěšná léčba komplikovaného penetrujícího poranění břicha u dítěte

O. Zeinedine¹, M. Vyhnanek¹, R. Poruban², M. Rygl¹

¹Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol

²Dětské kardiocentrum 2. LF UK a FN Motol

Kazuistika popisuje léčbu dítěte s poraněním srdce při penetrujícím poraněním v oblasti břicha. Pětiletý chlapec spadl při hře do výkopu s železnými roxory a způsobil si penetrující poranění břicha v oblasti pravého hypogastria. Otec chlapce z penetrujícího roxoru ihned vytáhl a přivolaná RZP převezla zajištěného a zaintubovaného chlapce na urgentní příjem FN Motol. Po příjezdu do nemocnice byl pacient ve stabilizovaném stavu. Na urgentním příjmu bylo provedené CT vyšetření s nálezem pneumoperitonea, pneumomediastina, hemoperikardu a poraněním jater. Následovala urgentní explorativní laparotomie na operačním sále, při které byla zjištěna povrchová fisura jater a perforace pravé bránice. Po ošetření jater suturou byla kardiochirurgie provedena sternotomie a pacient byl připojen na mimotělní oběh. Následně bylo ošetřeno penetrující poranění pravé srdeční síně, srdeční komora byla intaktní. Provedená bronchoskopie neprokázala žádné známky poranění dýchacích cest. Pooperační průběh byl klidný a po 16ti dnech hospitalizace byl pacient v klinicky dobrém stavu propuštěn domů.

Kazuistika poukazuje na zdánlivě klinicky dobrý stav pacienta při kritickém nitrohručním poranění, které jen mimořádnou souhrou náhod neskončilo letálně.

56. Oboustranná "EMERGENCY ROOM" Torakotomie pro bodnou ránu krku

L. Kvasnicová, N. Laher, D. L. Wineberg, R. Pretorius

Chirurgické oddělení Nemocnice TGM Hodonín

Historie případu: Případ nestabilního pacienta s bodným poraněním (zóny I) krku který podstoupil bilaterální resuscitativní torakotomii.

Klinický nález: Supraklavikulární bodná rána krku (ZONA I) vpravo, aktivně krvácející.

Diagnóza: Poranění pravé v.suclaviae, lacerace pravého horního plicního laloku IV. stupně, lacerace 2. interkostální tepny.

Terapie a progres: Byla zahájena resuscitace dle ATLS principů. Do aktivně krvácející bodné rány byl zaveden Foley katétr k tamponádě. Pacient měl GCS 9/15, dýchací cesty byly patentní ale ohrožené, bylo rozhodnuto o intubaci. Dýchání auskultačně oslabené vpravo, počáteční krevní tlak byl 120/80, TF 90, e-FAST pozitivní na pravostranný hemopneumotorax. Byl zaveden pravý interkostální drén, který byl bez odpadu. Druhé měření vitálních funkcí – TK 55/40, TF 130, rapidní dekompenzace stavu. Pacient byl příliš nestabilní na převoz na sál. Bylo rozhodnuto o provedení oboustranné urgentní torakotomie. Pracovalo se simultánně – levostranná torakotomie byla použita ke cross-clampování aorty za resuscitativním účelem. Z pravostranné torakotomie bylo identifikováno poranění subklaviálního cévního svazku a do bodného traktu byly přes pravou torakotomii zavedeny dva Foley katetry k další tamponádě krvácení. Identifikována Grade IV lacerace plíce byla přešita a do hrudníku vložena tamponáda roušky. Současně byl pacient na urgentním příjmu resuscitován krevními deriváty, byla nasazena inotropní léčba a následně po stabilizaci byl převezen na operační sál. Po odstranění aortální svorky zůstal pacient hemodynamicky stabilní na nízké podpoře katecholaminy. Na operačním sále byla provedena explorace krku supra – a infraklavikulárním přístupem. Byla identifikována podklíčková tepna a zajištěna její proximální a distální kontrola. Následně byla obnažena podklíčková žíla a identifikována její lacerace. Iničiálně byl učiněn pokus o primární suturu, avšak po vizualizaci celého rozsahu poranění byla indikována ligace žíly. Poranění 2. mezižební tepny bylo ošetřeno opichovou ligaturou. Všechny incize byly uzavřeny ve vrstvách a pacient byl převezen na jednotku intenzivní péče na umělé plicní ventilaci. Pacient byl extubován 3. pooperační den, 4. den přeložen na standardní oddělení a propuštěn z nemocnice 9. den hospitalizace bez jakýchkoliv významných pooperačních komplikací.

Závěr: „Zone I“ bodné poranění krku jsou spojené se specifickými anatomickými výzvami, vzhledem k možnému poranění jak hlavních cévních, tak i aero-digestivních struktur krku a hrudníku. Chirurgický přístup je navíc, zejména v traumatickém

terénu, velice obtížný. V rukou chirurga zkušeného v resuscitačních torakotomiích může oboustranná torakotomie namísto clamshell incize poskytnout adekvátní přístup k poraněným anatomickým strukturám a zároveň při úspěšné resuscitaci výrazně snižuje postoperační morbiditu a mortalitu pacienta.

57. Role traumaplánu v traumacentru

B. Vyhnanáková¹, M. Fric², Z. Šubrt¹, V. Džupa³

¹Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

²Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV, Praha

³Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Prezentace podává přehled postupu při diagnostice a ošetřování pacientů v průběhu prvních hodin po aktivaci traumaplánu v Traumacentru Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze. Do 60 minut po vyhlášení traumaplánu v návaznosti na poranění 25 lidí bylo přivezeno do TC FNKV sedm pacientů: tři prodělali polytrauma (ISS 51, 43, 38), dva měli sdružené trauma (ISS 18, 6) a dva utrpěli monotrauma. Na ošetření uvedených pacientů se podílelo šest operačních týmů: tři chirurgické, dva ortopedické a jeden neurochirurgický. Postupně byly zahájeny operace čtyř pacientů v intervalu 30 až 60 minut od přivezení. Pátý pacient byl operovaný další den. Součástí prezentace je RTG a CT dokumentace všech pacientů. Následné vyhodnocení účinnosti traumaplánu umožnilo konstatování, že dodržování postupů vymezených traumaplánem TC FNKV vedlo k zajištění adekvátní péče o pacienty poraněné při hromadném neštěstí.

58. Soudobé přístupy v terapii traumatu sleziny

T. Hráček, M. Oliverius, Z. Šubrt

Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Úvod: V tomto sdělení je prezentován management traumatu sleziny a následně porovnáván se souborem pacientů naší kliniky za posledních pět let.

Metoda: Přehled literatury a klinických studií byl proveden k identifikaci optimálních postupů v chirurgickém řízení traumatu sleziny. Byl sestaven soubor pacientů s traumatem sleziny léčených na naší klinice v létě 2019 -2024

Výsledky: Identifikovány jsou možné chirurgické techniky, včetně laparoskopického přístupu a konzervativní léčby, a jejich účinnost v zachování funkce sleziny a minimalizaci komplikací.

Závěr: Efektivní management traumatu sleziny zahrnuje individualizovaný přístup založený na závažnosti poranění, stavu pacienta a dostupných zdrojích. Chirurgická intervence má klíčový význam v život zachraňujících případech.

59. Válečná chirurgie 21. století

P. Karmazín

ÚVN Praha

Abstrakt nedodán.

Kolorektální chirurgie a infekce

60. Prolaps stomie – neočekávaná příčina

K. Lisková

Pardubice

Abstrakt nedodán.

61. Enteroatmosferická píštěl – jak ven z abdominální katastrofy

J. Šturma

Chirurgická klinika FNKV 3.LF UK, Praha

Úvod: Enterální píštěle představují závažnou, často život ohrožující komplikaci chirurgické léčby. K nejzávažnějším formám patří enteroatmosferická píštěl (EAP), která vzniká otevřením střevního lumen do nezhojeného defektu břišní stěny. To má za následek kontaminaci celého defektu, což znemožňuje jeho zhojení. Šance na spontánní zhojení jsou minimální. Léčba je svízelná a dlouhodobá a zahrnuje systémovou léčbu abdominální sepse, lokální péči o defekt a jeho okolí a prevenci přidružených komplikací. Ideálním postupem je prevence vzniku této komplikace.

Metodika: Do naší retrospektivní studie jsme zařadili 16 nemocných (8 žen a 8 mužů), průměrného věku 60 let (medián 60,5 roku, ve věkovém rozmezí 41-81 let) léčených v období od 1.1.2014 do 31.3.2024 na Chirurgické klinice FNKV 3.LF UK. Polovina pacientů vyžadovala po propuštění doplňkovou parenterální výživu.

Výsledky: Z celkového množství u 4 pacientů došlo k úplnému spontánnímu zhojení píštěle s plnou nutriční soběstačností. U 8 (56,25%) pacientů došlo ke zlepšení stavu ve smyslu kontrolované píštěle umožňující dimisi se stomickou pomůckou. 3 pacienti (18,75%) zemřeli na komplikace spojené s enteroatmosferickou píštělí. Nejčastější příčinou úmrtí byla protrahovaná sepe s nasedajícími komplikacemi nejčastěji respirační insuficiencí, dále pak hepatorenální selhání. U 4 (25%) pacientů byla

s odstupem provedena rekonstrukce zaživacího traktu z nichž jeden na komplikace spojené s rekonstrukčním výkonem zemřel. Toho času jsou 2 pacienti s kontrolovanou píštělí vyžadující doplňkovou parenterální výživu.

Doporučení a závěr: V souladu s mezinárodními doporučeními lze terapii rozdělit na několik fází. Fázi preventivních opatření k zabránění vzniku EAP. Ve vlastní terapii je první fází bezprostřední léčba zaměřená na akutní celkový stav nemocného, prevenci komplikací a lokální péči o defekt vedoucí k ohraničení píštěle s minimálním poškozením okolních tkání. Kromě cílené ATB terapie, je-li indikována, je prvořadá péče o anabolický stav nemocného. Následuje druhé období ideálně ambulantní zaměřené na zlepšení celkového stavu (nutričního i fyzického) do odeznění zánětlivých a reparačních změn. S odstupem minimálně 6, lépe však 12 měsíců je pak poslední fází definitivní chirurgické ošetření zaměřené na kompletní deliberaci kliček, resekci postižené části, obnovení kontinuity zaživacího traktu a uzávěr defektu břišní stěny.

62. Řešení dehiscencí anastomózy na tlustém střevu

M. Hostačná

I. Chirurgická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Insuficience anastomózy po resekčních výkonech na střevu je obávanou a svízelnou komplikací pro každého chirurga a je hlavní příčinou pooperační morbidit a mortality. V retrospektivní analýze jsme se zaměřili na porovnání výsledků dvou skupin nemocných s odlišným přístupem k řešení anastomotického leaku. Na jedné straně předřazení derivační stomie s případným ošetřením místa defektu a na straně druhé, dekonexe anastomózy. Sledovali jsme počet komplikací, reoperací a délku hospitalizace u jednotlivých skupin. Evaluována byla i frekvence obnovení kontinuity traktu, příčiny případného ponechání derivate a komplikace pramenící z patologie v oblasti anastomózy.

63. Akutní resekce levostranného tlustého střeva s primární anastomózou

M. Dosoudil, J. Bartoš, H. Hlavíková, M. Badlíková, E. Štěpánová, M. Škrovina

Chirurgické oddělení, Centrum vysoce specializované onkologické péče nemocnice Nový Jičín a.s.

Úvod: I přes dobře zavedený screeningový program kolorektálního karcinomu v České republice, je stále porucha pasáže jeden z častějších symptomů kolorektálního karcinomu. V případě plně rozvinutého ileu tlustého střeva je chirurg nucen k postupu obnovujícímu pasáž. Zlatým standardem mezi chirurgickými metodami je akutní resekce, s obnovením kontinuity GITu či vyvedením stomie ve smyslu Hartmanovy procedury.

Popis případu: 67letý pacient byl přijat na chirurgické oddělení Nemocnice v Novém Jičíně pro tlustostřevní ileus při obturujícím nádoru esovitě kličky. Dle akutního vstupního CT vyšetření nebyla prokázána generalizace onemocnění do jiných orgánů. Pacient byl indikován k urgentní chirurgické revizi, při které byl proveden onkologicky radikální resekční výkon s primární anastomózou. V pooperačním období dochází u pacienta k dehiscenci laparotomie, následně i dehiscenci kolorektální anastomózy, s nutností diverze stolice. Pooperační průběh protahovaný s NPWT léčbou laparotomie. V celkově dobrém stavu byl pacient dimitován do další ambulantní péče 38.POD.

Závěr: Akutní resekce je stále zlatým standardem léčby de novo zachyceného tumoru L strany tlustého střeva. Následně chirurg stojí volbou mezi tvorbou primární anastomózy, popř. diverzí stolice cestou stomie. Na uvedené kazuistice, doplnění o review literatury, demonstrujeme první možnost se závažnou komplikací ve smyslu anastomotického leaku. Řešení této komplikace poté vede k prodloužení doby léčby a může vést ke znemožnění podání následné onkologické léčby. Otázkou tedy zůstává, zda je benefit takového postupu převažuje jeho rizika.

Klíčová slova: Kolektomie – kolorektální karcinom – anastomotický leak

64. Ghost ileostomie – naše první zkušenosti

K. Bisová, J. Sehnálek

Chirurgické oddělení, Pardubická nemocnice

Úvod: Ghost ileostomie je druh protektivní ileostomie, která se na našem pracovišti provádí při laparoskopické resekci rekta podvlečením kličky terminálního ilea mesenteriem bez nutnosti ileotomie.

Metoda: Retrospektivně byla analyzována skupina pacientů podstupující resekci rekta. Hodnocen byl pooperační průběh a výskyt komplikací.

Výsledky: Od roku 2023 do února 2024 byla z 38 pacientů podstupující resekci rekta indikována ileostomie u 8 pacientů, z toho u 6 pacientů byla provedena ghost ileostomie. Komplikace v přímé souvislosti s ghost ileostomií nastaly u 2 pacientů. Komplikace nevyžadovaly další chirurgické řešení. Výhody ghost ileostomie spočívají ve zkrácení doby operačního výkonu, není zde riziko minerálová dysbalance a dehydratace jako u klasické ileostomie a pacient není zatížen následnou negací stomie.

Závěr: Naše prvotní zkušenosti ukazují, že užití ghost ileostomie je bezpečný postup, který vede k celkově lepšímu a méně komplikovanému pooperačnímu průběhu.

65. Clostridiová infekce – videokazuistika

M. Svoboda

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Brno a LF MU

Abstrakt nedodán.

66. Účinnost experimentálních Stony-Brook taxanů v PDX modelu různých typů karcinomu pankreatu

T. Sychra^{1,2,3}, R. Václavíková^{3,5}, A. Szabó^{2,4}, A. Spálenková^{3,5}, K. Šeborová^{3,5}, E. Gayibov^{2,3}, T. Tesařová^{3,5}, K. Kočí², M. Vícha², M. Liberko^{4,6}, R. Soumarová^{1,6}, I. Ojima⁷, P. Souček^{3,5}, M. Oliverius^{1,2}

¹Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

²3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

³Oddělení toxikogenomiky SZÚ

⁴Ústav patologie 3. LF UK a FNKV

⁵Biomedicínské centrum - Lékařská fakulta UK v Plzni

⁶Onkologická klinika 3. LF UK a FNKV

⁷Institute of Chemical Biology & Drug Discovery, State University of New York at Stony Brook, USA

Úvod a cíle: Karcinom pankreatu je maligní onemocnění se stále se zvyšující incidencí a infaustní prognózou. Pětileté přežívání léčených pacientů se v ČR pohybuje okolo 12,6 %, což je dáno především chybějícím screeningem a vysokou mírou chemo-radio-rezistence. Cílem této studie bylo prokázání efektu třetí generace experimentálních Stony-Brook taxanů (SBT) v in vivo patient derived xenograft (PDX) modelech karcinomu pankreatu.

Metodika: Dle námi zavedené metodiky¹ byly vytvořeny (PDX) duktálního adenokarcinomu (PDAC), acinárního (ACP) a adenoskvamozního (ASPC) karcinomu pankreatu. V pěti jednotlivých experimentech byl porovnáván efekt intraperitoneálně podávané konvenční (gemcitabine, paclitaxel, nab-paclitaxel, karboplatina) a experimentální (SBT 121605, SBT 121606) chemoterapie. Změny jsme objektivizovali měřením objemu nádoru, hmotnosti i sledováním chování experimentálních zvířat. Experiment byl ukončen pitvou s odběrem krve, nádorové tkáně a orgánů. Veškerá práce byla provedena v souladu se zákonem č. 246/1992 Sb., dle předem schváleného projektu pokusů ve specific pathogen free prostředí.

Výsledky: U všech PDX modelů došlo v kontrolních skupinách k exponenciálnímu růstu nádoru. Nejlepšího výsledku bylo dosaženo, v porovnání s kontrolní skupinou, u kombinačního režimu gemcitabinu s SBT 121606 u PDAC ($p=0,001$), ASPC ($p=0,01$) a ACP ($p=0,015$).

Závěr: Terapie kombinačními režimy obsahující Stony Brook taxany s gemcitabinem v in vivo PDX modelech různých typů karcinomu pankreatu vykazuje statisticky signifikantní efekt. Dalším cílem bude vyhodnocení molekulárního profilu tohoto efektu pomocí metod sekvenování nové generace.

Dedikace: GAUK č.: 308223, MŠMT project of the programme INTER-EXCELLENCE, subprogramme INTER-ACTION-LUAUS23164, GAČR project No. 21-14082S, the National Institute for Cancer Research – NICR (Programme EXCELES, ID Project No. LX22NPO5102) – Funded by the European Union – Next Generation EU

67. Mucinózní cystická neoplazie heparu - indikace chirurgického výkonu

K. Cmarková, M. Pindura, R. Kyčina, B. Palkoci, M. Vojtko, Juraj Miklušica

Klinika obecné, viscerální a transplantační chirurgie, Univerzitní nemocnice Martin

Úvod: Benigní léze heparu jsou velmi častým vedlejším nálezem, při stoupajícím počtu realizovaných zobrazovacích vyšetření z různých indikací. Mucinózní cystická neoplazie (MCN) patří mezi velmi zřídkaivé fokální léze heparu, přičemž představuje přibližně 5% všech případů cystických neoplazií heparu. Vzhledem k faktu, že jde o léze s maligním potenciálem, její rozpoznání v rámci diferenciální diagnostiky je klíčové.

Metodika: V rámci předkládané přednášky prezentujeme základní charakteristiky MCN heparu, aktualizované EASL postupy z roku 2022 při diferenciální diagnostice cystických lézí heparu, jakož i indikace a výsledky chirurgické léčby. Kromě toho prezentujeme klinický obraz, diagnostický postup a chirurgické řešení 57leté pacientky s histologicky verifikovanou MCN heparu, manažované na Klinice obecní, viscerální a transplantační chirurgie Univerzitní nemocnice v Martině.

Závěr: Vzhledem k malignímu potenciálu MCN heparu, je nezbytné, mít v rámci diferenciální diagnostiky na paměti charakteristické rysy poukazující na možnou přítomnost této zřídkaivé léze. V případě přítomnosti suspektních maligních znaků, je doporučeno doplnění magnetické rezonance k přesnější charakteristice. Zlatým standardem managementu vysoce suspektní MCN je kompletní resekce postižených oblastí heparu.

68. Neoadjuvantní terapie karcinomu pankreatu

P. Dubovan, M. Tomáš, J. Dolník, D. Pindák

Klinika chirurgické onkologie, Národní onkologický ústav v Bratislavě, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislavě

V rozvinutých krajinách pozorujeme stoupající incidenciu pankreatického duktálního karcinomu, ktorý je zároveň jednou z hlavných príčin úmrtí asociovaných s rakovinou. Možnosti liečby sú častokrát limitované neskorou klinickou manifestáciou ochorenia a absenciou včasnej diagnostiky. Vďaka pokrokom v systémovej liečbe, ako aj chirurgickej technike a perioperačnej starostlivosti, sme dnes schopní ponúknuť viacerým pacientom chirurgickú resekciu ako jedinú potenciálne kuratívnu metódu. V súčasnosti však pozorujeme zmenu terapeutického plánu multimodálnej terapie, kedy primárne miesto v terapii novodiagnostikovaného pankreatického karcinomu bez vzdialenej diseminácie začína zohrávať chemoterapia, prípadne chemoterapia v kombinácii s rádioterapiou. Cieľom tejto zmeny je podanie systémovej liečby väčšiemu počtu pacientov,

přičom sme zároveň schopní testovať biologické správanie nádoru a dosiahnúť jeho zmenšenie s následným zvýšením radikálnej R0 resekcie. Otázkou však zostáva správna selekcia pacientov, ako aj potenciálny vplyv neoadjuvantnej liečby na pooperačné komplikácie.

69. Dieulafoy léze jako příčina gastrointestinálního krvácení po recentní distální pankreatektomii

M. Pluchová^{1,2}, J. Chlupáč^{1,3}, J. Mendl¹, L. Janoušek^{1,4}, J. Froněk^{1,3,4}

¹ Klinika transplantační chirurgie, IKEM, Praha

² Anatomický ústav 1. LF UK, Praha

³ Anatomický ústav 2. LF UK, Praha

⁴ 1. LF UK, Praha

Úvod: Dieulafoy léze je vzácnou příčinou gastrointestinálního krvácení, které může být život ohrožující. Jedná se o aberantní tepnu v submukóze zažívacího traktu, která způsobí krvácení z malého defektu ve sliznici, jejíž okolí je intaktní. Etiologie nebyla dosud objasněna. Metodou volby při léčbě je endoskopické ošetření léze. Při selhání endoskopických metod přichází na řadu endovaskulární ošetření v podobě embolizace. Až v případech neúspěchu výše zmíněných metod je indikováno chirurgické řešení.

Kazuistika: Prezentujeme kazuistiku pacientky, která podstoupila v září 2022 druhou distální pankreatektomii bez splenektomie pro recidivu neuroendokrinního tumoru. Sedm týdnů po výkonu byla hospitalizována pro melénu a kolapsový stav. Urgentní gastroskopie nenalezla zdroj krvácení. Následně byla doplněna CT angiografie s nálezem mohutných kolaterál ve stěně žaludku zásobených z a. lienalis, a. gastrica sin. a a. gastroepiploica dx. Vzhledem k negativnímu nálezu při gastroskopii byla jako první terapeutická metoda zvolena embolizace a. lienalis. Pro recidivu melény a anemizaci byla následně doplněna embolizace a. gastroepiploica dx. V dalším průběhu došlo k recidivě krvácení ještě dvakrát, v obou případech byl zdroj ošetřen endoskopicky. V prvním případě šlo o opich adrenalinem a zaklipování. Následně byla provedena endosonografie s aplikací histoacrylu a lipiodolu do přívodných tepen. Poté již k recidivě krvácení nedošlo.

Závěr: Dieulafoy léze je vzácnou příčinou gastrointestinálního krvácení. U prezentované pacientky bylo recidivující krvácení vyřešeno kombinovanou endovaskulární a endoskopickou terapií.

70. Damage control surgery - úraz jater při KPR

O. Ťoupal, P. Pták

Chirurgie Nemocnice České Budějovice a.s.

Pacientka náhle v domácím prostředí dušnost, kolaps a bezvědomí. Provedena laická telefonicky navigovaná KPR, rozšířená KPR a poté převezena na oddělení urgentního příjmu. Verifikována pomocí CT masivní bilaterální plicní embolie. Provedena trombolýza a stabilizace oběhu a pacient uložen na ARO. Za zhruba hodinu znovu těžká oběhová nestabilita. Provedeno bedside FAST UZ s podezřením masivního hemoperitonea. Znovu CT - verifikace masivního hemoperitonea z oblasti okolí jater. Provedena urgentní laparotomie u hemodynamicky nestabilního pacienta s TK 60/30 a pulsů 180/min. Za masivní oběhové podpory a převodů erymas odsáto 5l nesrážlivé krve. Játra byla tržena dorzálně v oblasti jaterních žil. Chirurgicky neošetřitelné a rozhodnutí o perihepatickém packingu. ARO pokračuje v masivních krevních převodech (celkově 34 erymas), oběhové stabilizaci, léky na srážení krve, UPV. Další den se zmírňují odpady do drénů a je na další den naplánovaná second look operace. Provedena revize, odstranění roušek, nález mnohočetných jaterních trhlin od zlámaných žeber a ruptura jaterní žíly. Provedena kombinace selektivní sutur a elektrokagulace. Dále pacient znovu těžce oběhově nestabilní a znovu perihepatický packing. Pacienta znovu necháváme na ARO k oběhové stabilizaci. Další revize je za 48h (nyní už 3. operace). Provádíme anatomickou resekci jaterního segmentu a dostáváme se k krvácející jaterní žíle a její selektivní sutura. Následná hemodynamická stabilizace. Pokračuje intenzivní terapie na ARO, dlouhodobý pobyt na UPV, postupná rehabilitace, realimentace.

SMART STAPLING. A NEW LEVEL OF CONFIDENCE.

The Signia™ stapler optimizes staple formation — and provides you with real-time feedback^{3,4,†}



CONSISTENT STAPLE LINES^{3,4,†}

Uses force-sensing technology to adjust firing speeds to optimize staple formation when stapling in variable tissue thicknesses.

REAL-TIME FEEDBACK

Displays real-time feedback on an easy-to-understand LED screen.^{13,14} So you can make informed decisions about reload selection.^{14,‡}

SINGLE-HANDED OPERATION¹³

Frees your other hand to focus on the surgical site.¹³ And — with fully powered articulation, rotation, and clamping¹³ — provides greater precision and maneuverability.¹⁶

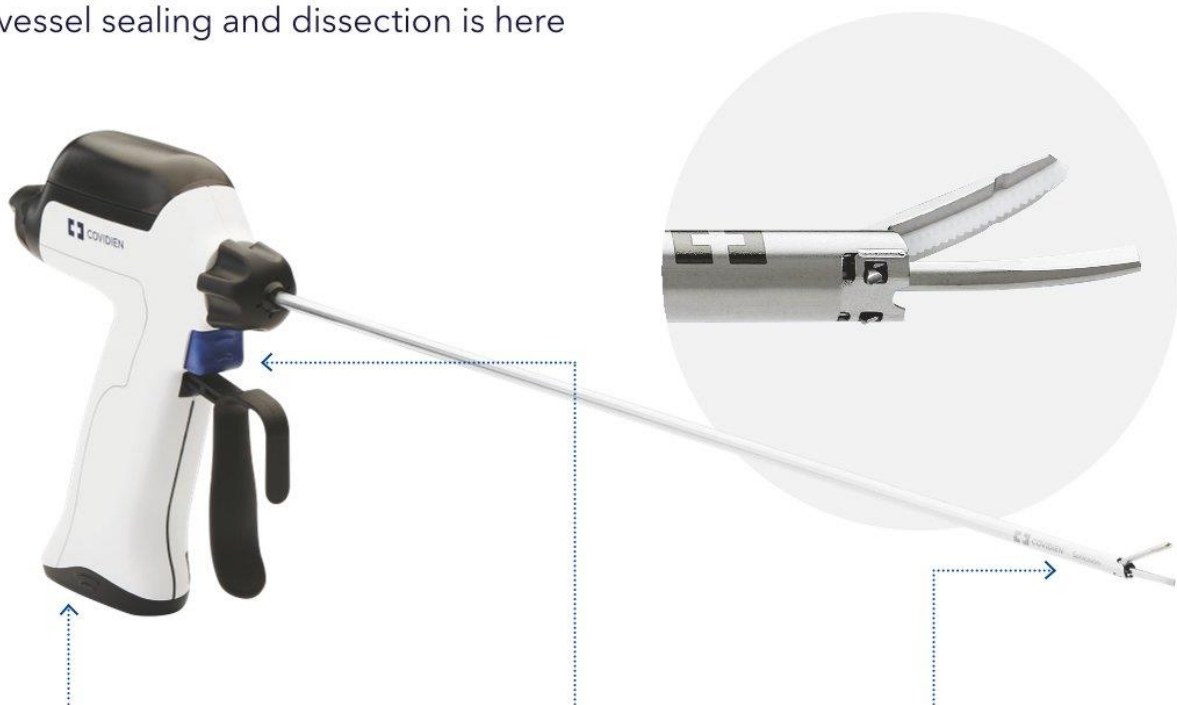
[†]Preclinical results may not correlate with clinical performance in humans.
[‡]Bench test results may not necessarily be indicative of clinical performance.

Medtronic

Sonicision™ Curved Jaw Cordless Ultrasonic Dissection System

Unparalleled freedom

The latest generation of cordless ultrasonic vessel sealing and dissection is here



Cordless freedom contributes to:

- Improved movement and mobility^{1,†}
- Easier instrument exchanges^{1,†}
- A safer OR²

The intuitive^{1,9} single button activation:

- Provides access to two distinct energy modes with single button convenience^{1,†}
- Allows the surgeon's eyes to stay on the surgical field^{1,††}
- May improve focus on the procedure^{1,††}

The tapered, curved jaw facilitates:

- Precise access to tissue planes^{1,8}
- Visualization of target structures^{1,9}
- Access in tight spaces^{1,9}

FUJIFILM
Value from Innovation

Ultrazvuk Arietta
+ intraoperační sondy



I|I MedApp

Brýle s rozšířenou
realitou



OPT
SurgSystems

FAMED
Zywiec

Operační stoly

 **IntraOp**

Intraoperativní
elektronový lineární
urychlovač



CMR
SURGICAL

Chirurgický robotický
systém Versius



OPT
SurgSystems

Pacientská
překladová
stěna Gamma

PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.
Novodvorská 136, 142 00 Praha



promedica

zt@promedica-praha.cz
www.promedica-praha.cz