



I. PODLAHOVY CHIRURGICKÉ DNY

VIII. MEZINÁRODNÍ KONGRES MINIINVAZIVNÍ
A ROBOTICKÉ CHIRURGIE

VIII. INTERAKTIVNÍ KONGRES HOJENÍ RAN



ABSTRAKTA

15.–18. října 2014
Mikulov, Česká republika

**I. PODLAHOVY CHIRURGICKÉ DNY
VIII. MEZINÁRODNÍ KONGRES MININVAZIVNÍ A ROBOTICKÉ CHIRURGIE
VIII. INTERAKTIVNÍ KONGRES HOJENÍ RAN
15.-18. října 2014, Mikulov, Česká republika**

Nakladatel:

Veletrhy Brno, a.s.
Výstaviště 405/1
603 00 Brno

Pro Veletrhy Brno, a.s., vydala:

EXPO DATA spol. s r.o.

Grafická úprava, sazba, zlom:

EXPO DATA spol. s r.o.

Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů.

Do sborníku abstrakt nemohla být zařazena abstrakta prací, která nebyla redakci dodána do redakční uzávěrky.

ISBN 978-80-87086-76-6



Předseda přípravného výboru

Prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

Místopředsedkyně přípravného výboru

Doc. MUDr. Lenka Veverková, Ph.D.

Organizační výbor

Prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.
Doc. MUDr. Lenka Veverková, Ph.D.
Prof. MUDr. Jan Wechsler, CSc.
MUDr. Michal Reška
Ladislava Badalíková, DiS.
Renata Škrabalová, DiS.

Výbor ČCHS

Prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.
Prof. MUDr. Vladislav Třeška, DrSc.
Prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.
Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.
MUDr. Michael Vraný
MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.
Prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.
Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.
Doc. MUDr. Jan Dostalík, CSc.
Prof. MUDr. Alexander Ferko, CSc.
MUDr. Vladimír Ninger, Ph.D.
MUDr. Tomáš Verner
Doc. MUDr. Jaromír Šimša, Ph.D.

ORGANIZÁTOŘI



PARTNEŘI

Generální partner:



Hlavní partneři:





ODBORNÝ PROGRAM

Čtvrtek 16. října 2014

Blok I.: 15.00 – 17.00 hod; Kongresový sál

Intenzivní péče v chirurgii, infekce, pooperační komplikace

1. Infekce cévních rekonstrukcí v aortofemorální oblasti
2. Chyby a omyly v diagnostickém a léčebném postupu u tupého poranění břicha
3. Pooperační komplikace v chirurgii štítné žlázy a příštítných tělísek
4. Příčiny selhání osteosyntéz
5. Primární aplikace podtlakové terapie u otevřených zlomenin III. stupně a její vliv na vznik infekčních komplikací
6. Eradikace komplexních perianálních píštělí u IBD nemocných, faktory ovlivňující hojení a recidivu
7. „Damage control“ v traumatologii
8. Perioperační péče o pacienty léčené novými antitrombotiky
9. Personifikovaná profylaxe u pacientů s náhradou jícnu pro karcinom

Schůze SOR – zástupci chirurgických klinik jednotlivých LF: 16.00 – 17.00 hod; Moravský sklípek

Satelitní sympozium BB: 16.45 – 17.45 hod; Kongresový sál

schůze Výboru České chirurgické společnosti: 17.00 – 19.00 hod, Moravský sklípek

Slavnostní zahájení kongresu: od 20.00 hod; zámek Mikulov, Gajdošův sál

Pátek 17. října 2014

Blok II.: 8.00 – 9.30 hod; Kongresový sál

Onkochirurgie, chirurgie GIT

10. Onkochirurgie – prioritní klinický program v ČR
11. Neočekávaná komplikace FAP
12. Známe míru přínosu kombinované léčby nádorů trávicího traktu také z vlastních českomoravskoslezských dat?
13. Komplikace ireverzibilní elektroporace pankreatu
14. Cirkulující nádorové buňky u vybraných nádorů gastrointestinálního traktu – individualizace terapie
15. Transrektální NOTES versus laparoskopická a otevřená cholecystektomie na modelu kalkulózní cholecystitidy – experimentální prospektivní randomizovaná studie
16. Segmentektomie jako primární chirurgická léčba karcinomu plic, kdy a jak?
17. Neuroendokrinní tumory plic - naše zkušenosti s chirurgickou léčbou
18. Studium úlohy proteinů c Myb při řešení kolorektálního karcinomu?

Coffee break: 9.30 – 10.00 hod

Blok III.: 10.00 – 11.30 hod; Kongresový sál

Chirurgie pánevního dna, chirurgie kolorektální oblasti

19. Pánevní exenterace – indikace, perioperační péče a komplikace
20. Předoperační radioterapie u karcinomu konečnicku
21. Role „liver first“ u pokročilého kolorektálního karcinomu
22. Rozpoznáme včas vznikající insuficienci anastomózy u nízkých resekcí rekta?
23. Kompletní prolaps rekta a možnosti chirurgické léčby
24. Sacral Neuromodulation for Bowel Dysfunction 20'
25. Ulcerózní kolitida – strategie chirurgické léčby
26. Transanální chirurgická léčba komplikací v ileo – pouch – anální anastomóze vede k zachování funkce pouče

Lunch sympozium generálního partnera: 11.45 – 13.15 hod; Kongresový sál



Nejnovější trendy v simulaci chirurgických činností

Vyzvané přednášky:

G. Benisty (Simbionix, Izrael)

State of art simulace ve světě

Naše zkušenosti se simulační jednotkou Simbionix

Vystoupení zástupců firmy

Diskuse

Valná hromada chirurgů: 13.15 – 14.00 hod; Kongresový sál

Blok IV.: 14.00 – 15.30 hod; Kongresový sál

Hrudní chirurgie

27. Oesophageal Surgery / Invited Lecture

28. Vývoj techniky resekce trachey – naše zkušenosti

29. Mají meteorologické jevy vliv na vznik spontánního pneumotoraxu?

30. Iatrogenní perforace jícnu, možnosti jejího ošetření

31. Chirurgické řešení postpneumonektomické bronchopleurální píštěle, algoritmus, kasuistika

32. VATS lobektomie – technika a taktika operací

33. Úskalí stagingu a restagingu stádia III. nemalobuněčného karcinomu plic (NSCLC) v intencích aktuálních doporučení ESTS a našich zkušeností

34. Raritní, neočekávané histopatologické nálezy v chirurgii plic, hrudní stěny a mediastina, úskalí jejich hodnocení

Coffee break: 15.30 – 16.00 hod

Blok V.: 16.00 – 17.30 hod; Kongresový sál

Hojení ran

35. Aktuální otázky trestní odpovědnosti při poskytování zdravotní péče

36. Endoscopic vacuum therapy for defects of the upper gastrointestinal tract

37. Využití VAC v hrudní chirurgii

38. Využití podtlakové terapie při uzávěru dermatofasciotomie pro kompartment syndrom bérce

39. Zkušenosti s aplikací produktů Hcel®

40. Léčení chronických ran metodou dermo-epidermálních autotransplantátů a autologní plazmy bohaté na trombocyty

Schůze Výboru hrudní sekce ČCHS: 16.30 – 17.30 hod; Moravský sklípek

Společenský večer, degustace vína, raut: od 20.00 hod; Moravský sklípek a restaurace

Pátek 17. října 2014

Blok: Hojení ran: 9.00 – 11.45 hod; Moravský sklípek

41. Sepse v chirurgických oborech

42. Problematika narůstající bakteriální rezistence a Clostridiové kolitidy

43. Historie operačních rukavic

Postery:

Operační léčba zlomenin

Totální náhrada kolenního kloubu

44. Optimalizace pracovních postupů zvyšuje bezpečnost pacienta

Lunch symposium generálního partnera: 11.45 – 13.15 hod; Kongresový sál

Blok: Hojení ran: 14.00 – 16.00 hod; Moravský sklípek

45. I- hojení expertní klinický a ekonomický program

46. Ekonomika převazů

47. Infekce cévního štěpu v kardiochirurgii – V.A.C. UltaVac terapie

48. Užití NPWT a snížení rizika infekce

49. Management bolesti u pacientů na JIP

50. Diagnostika traumat u pacientů s poruchou vigily a kognice



Sobota 18. října 2014

Blok VI.: 9.00 – 10.30 hod; Kongresový sál

Varia, Mladí chirurgové do 35 let + studenti DSP

51. Profylaxe TEN z pohledu EBM, cost- effectiveness analýza
52. Evropská doporučení pro uzávěr laparotomie
53. Mikrobiální etiologie torpidních ranných infekcí v chirurgii, srovnání stěrové a nepřímé otiskové metody v chirurgické praxi
54. Srovnání systémové a lokální léčby NSA
55. Nehojící se rány nohy ve světle objektivních parametrů
56. Divertikulitidy – management, trendy
57. Pneumotorax jako možná komplikace osteosyntézy humeru - kazuistika
58. Role VAAFT v našem managementu perianálních pištělí
59. První zkušenosti s transanální a laparoskopickou totální mesorektální excizí pro tumory rekta

Stav k datu: 29. 9. 2014

Změna programu vyhrazena.



Čtvrtek 16. října 2014

Blok I.: 15.00 – 17.00 hod; Kongresový sál

Intenzivní péče v chirurgii, infekce, pooperační komplikace

INFEKCE CÉVNÍCH REKONSTRUKCÍ V AORTOFEMORÁLNÍ OBLASTI

Přednášející:

V. Třeška, B. Čertík, J. Moláček, K. Houdek, J. Fichtl, J. Doležal

Chirurgická klinika FN a LFUK v Plzni

Úvod: Incidence infekcí aortofemorálních rekonstrukcí se pohybuje v rozmezí 0,6–3 %. Jsou zatíženy až 50% mortalitou a až u 20 % nemocných je nutno provést vysokou amputaci končetin. Cílem práce bylo podat komplexní pohled na současné diagnostické a léčebné možnosti těchto závažných komplikací rekonstrukční cévní chirurgie.

Metodika: V letech 2001–2014 jsme na Chirurgické klinice FN a LF UK v Plzni založili celkem 1257 rekonstrukcí v aortofemorální oblasti. U 26 nemocných (2,06%) se v různém časovém období od primární rekonstrukce vyskytla infekce cévní protězy. K základním diagnostickým prostředkům patřila vedle klinického vyšetření computerová tomografie (CT) a pozitronová emisní tomografie s využitím fluorodeoxyglukózy (FDG PET CT). V operačních výkonech převažovaly „in situ“ nad extraanatomickými rekonstrukcemi. Pokud byla postižena jen periferní část protězy v oblasti třísla, využili jsme k léčbě konzervativní způsob – drenážní výkony.

Výsledky: Mortalita nemocných byla 26,9% (N=7), vysoká amputace byla nutná u 15,4% (N=7) nemocných. Morbidita nemocných po sekundárním výkonu byla 53,8% (N=14). Doba hospitalizace přeživších nemocných byla v průměru 46,5 dní. 30 dní po operaci zůstaly průchodné všechny „in situ“ rekonstrukce, extraanatomické rekonstrukce měly 60% primární průchodnost.

Závěr: Infekce cévních rekonstrukcí v aortofemorální oblasti vyžadují personalizovanou léčbu multidisciplinárním týmem cévního centra. Dobré výsledky byly dosaženy pomocí sekundárních „in situ“ rekonstrukcí, které dnes patří k metodě léčebné volby. Pozitivní léčebný efekt měly i místní drenážní výkony u infekcí, které postihovaly jen periferní část cévní rekonstrukce.

Podpořeno Výzkumným záměrem P 36 UK v Praze

CHYBY A OMYLY V DIAGNOSTICKÉM A LÉČEBNÉM POSTUPU U TUPÉHO PORANĚNÍ BŘICHA

Přednášející:

F. Vyhnanek, M. Očadlík

Traumatologické centrum FNKV a 3.LF UK, Praha

Úvod: Poranění břicha je zdrojem signifikantní morbidity i letality u tupého i penetrujícího mechanismu traumatu. Rychlá diagnóza a následná léčba jsou základem pro snížení morbidity. Protože tupé poranění břicha je obvykle součástí sdruženého poranění nebo polytraumatu, jsou do diagnostického postupu zařazeny novější diagnostické postupy. Především jde o ultrasonografii (FAST), výpočetní tomografii /MDCT/ a diagnostickou laparoskopii. Jejich indikace je závislá na klinickém stavu zraněného především jeho hemodynamiky. I přes zavedení nových zobrazovacích metod včetně multidetektorového CT je diagnostika tupého poranění GIT limitována.

Mezi základní příčiny chyb a omylů v diagnostice u tupého poranění břicha patří:

1. Závažnost poranění (polytrauma nebo sdružené poranění s vyšším ISS).
2. Časné léčebné postupy – zahájení nezbytné resuscitace na místě úrazu a i na urgentním příjmu, které limitují využití diagnostických modalit.
3. Limitující výsledek zobrazovacích vyšetření (MDCT) – u tupého poranění GIT a i poranění bránice.
4. Opomenutí dynamiky změn v časně poúrazové fázi s provedením opakovaného klinického a zobrazovacího vyšetření.
5. Nedostatečná zkušenost ošetřujícího lékaře ve viscerální traumatologii.



Mezi příčiny omylů a chyb v léčbě u tupého poranění břicha lze zařadit:

1. Chybné stanovení „timingu“ léčebného postupu (včasná indikace „damage control“ chirurgie).
2. Přehlédnutí některých sdružených nitrobřišních poranění při urgentní operaci.
3. Nesprávná volba operační techniky
4. Nesprávná indikace neoperačního postupu.

Nemocní, metody a výsledky. Na základě retrospektivní studie zraněných s tupým poraněním břicha, léčených v Traumatologickém centru, jsou vyhodnoceny výsledky operačního léčení u tupého poranění břicha s analýzou výskytu sdružených poranění nitrobřišních orgánů. U skupiny zraněných s neoperační léčbou poranění parenchymových orgánů jsou vyhodnoceny i příčiny selhání konzervativní léčby.

Závěr: Tupé poranění břicha je spojeno i přes využití nových diagnostických modalit s rizikem vzniku chyb a omylů v diagnostickém a léčebném postupu. Zavedení algoritmů v diagnostice a terapii s aktivní účastí řady klinických oborů pod vedením úrazového chirurga může toto riziko dále minimalizovat.

POOPERAČNÍ KOMPLIKACE V CHIRURGII ŠTÍTNÉ ŽLÁZY A PŘÍŠTÍTNÝCH TĚLÍSEK

Přednášející:

J. Gatěk, B. Dudešek, J. Duben

Chirurgické oddělení nemocnice Atlas Zlín, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Úvod: Chirurgie štítné žlázy a příštítných tělísek je provázena minimálním počtem komplikací a je v současné době, zvláště pokud je prováděna v centrech s velkou koncentrací výkonů, považována za relativně bezpečnou. Přesto komplikace v tyreoidální chirurgii mohou pacienty ohrozit na životě nebo mohou způsobit trvalé obtíže s výrazným omezením jejich osobního a profesního života.

Metoda: Od roku 1995 do roku 2012 bylo na chirurgickém oddělení nemocnice Atlas provedeno 5346 výkonů na štítné žláze. V retrospektivní studii jsme hodnotili výskyt komplikací, které se vyskytly od roku 2008 do roku 2012 po výkonech na štítné žláze a příštítných tělískách. V uvedeném období bylo operováno 1943 pacientů. Zaměřili jsme se zvláště na pooperační krvácení a parézu n. recurrens, které máme přesně evidovány a srovnali jejich počet s literárními údaji. Pacienti jsou po výkonu následně převedeni do péče endokrinologů, kteří také sledují a léčí pooperační hypoparatyreózu.

Výsledky: Pooperační krvácení, které si vyžádalo operační revizi po chirurgických výkonech na štítné žláze a příštítných tělískách se vyskytlo 22x, tzn. 1,1 %. Pooperační krvácení, které svým průběhem mohlo být život ohrožující, se však objevilo také i po 24 hodinách od výkonu. Téměř vždy se jednalo o akutní stavy vyžadující urgentní operační revizi s tím, že jsme se nevyhnuli nutnosti rozpustit operační ránu a částečně uvolnit hematoma u lůžka pacienta na JIP. Trvalá jednostranná paréza n. recurrens byla diagnostikována 15x, tzn. 0,77 % vztaženo na jednotlivý nerv 2633 "nerv et risk" 0,56%. Oboustrannou přechodnou ani trvalou parézu n. recurrens jsme v uvedeném období nezaznamenali. Rutinně u každé operace vizualizujeme n. recurrens a provádíme neuromonitoring. Poruchy funkce příštítných tělísek detailně nesledujeme, protože jsou v péči endokrinologů, počet však koresponduje s udávanými literárními údaji. Úmrtí se vyskytlo od roku 1995 pouze 2x a vždy u pacientů vyššího věku s průvodními chorobami. I když chirurgický výkon přispěl ke zhoršení celkového stavu, nebyl příčinou úmrtí.

Závěr: Počet pooperačních komplikací v nemocnici Atlas po chirurgických výkonech na štítné žláze a příštítných tělískách se neliší od literárně prezentovaných výsledků, včetně doby jejich výskytu. Počet komplikací je nižší v centrech, která se chirurgií štítné žlázy zabývají. Ke každému pacientovi je nutné přistupovat individuálně, reálně zhodnotit riziko vzniku komplikací a snažit se jim předcházet jemnou operační technikou a pooperační péčí.

PRIMÁRNÍ APLIKACE PODTLAKOVÉ TERAPIE U OTEVŘENÝCH ZLOMENIN III. STUPNĚ A JEJÍ VLIV NA VZNIK INFEKČNÍCH KOMPLIKACÍ

Přednášející:

M. Krtička¹, D. Ira¹, V. Nekuda¹, J. Švancara², M. Mašek¹

¹Klinika úrazové chirurgie FN Brno a LF MU

²Institut biostatistiky a analýz LF a PřF MU



Úvod: Otevřené zlomeniny (OZ) III. stupně, zpravidla kvůli vysokoenergetickému mechanizmu úrazu s následným znečištěním poraněného měkkotkáňového krytu (MK) a zlomené kosti, jsou zatíženy vysokým počtem infekčních komplikací (IK). Literaturou udávaný výskyt IK při využití standardních chirurgických postupů je 25–66%. Podtlaková terapie (PT) díky kontinuální derivaci ranného sekretu a působením podtlaku v místě rány vede ke zvýšenému prokrvení v místě aplikace, podpoře angiogeneze a také vytváří neprodyšnou bariéru mezi poraněnými strukturami a zevním prostředím.

Materiál a metodika: Retrospektivní studie, hodnocen soubor 39 pacientů s 41 OZ III. stupně, léčených v Traumacentru FN Brno v letech 2007–2012. Soubor byl rozdělen do 2 skupin. Skupina 1–19 pacientů s 20 OZ podstoupila standardní ošetření OZ stabilizací zevním fixátorem, ev. nitrodřeňovým hřebem, důkladným debridmentem měkkých tkání, zavedenou proplachovou laváží (PL) a provedenou suturou kožního poranění či krytí defektu polyuretanovým COM-em. Skupina 2–20 pacientů s 21 OZ a identickým principem ošetření OZ, ale na poraněný MK byla primárně aplikována PT, definitivní sutura kůže či jiný typ krytí kožního defektu byly provedeny až při lokálně příznivém stavu a negativním bakteriologickém stěru. Výsledky obou použitých metod byly hodnoceny v následujících kritériích: vznik povrchního/hlubokého infektu v ráně, časný/pozdní výskyt infekce, vznik osteomyelitidy, hodnocením časového intervalu do nálezů negativního bakteriálního stěru v ráně. Získané hodnoty byly testovány pomocí Fischerova přesného testu a Mann Whitney U testu.

Výsledky: IK se celkově vyskytly v 15 případech (37 %). Ve skupině 1 byly IK zaznamenány u 11 pacientů (55 %), ve skupině 2 pak pouze ve 4 případech (19,1 %); $p = 0,025$. Recidiva infektu byla zaznamenána ve skupině 1 v 5 případech (25 %), ve skupině 2 k recidivě nedošlo; $p = 0,021$. Osteomyelitida vznikla pouze ve skupině 1, a to ve 2 případech. Průměrná doba k získání negativního bakteriologického stěru ve skupině 1 byla 22 dnů, ve skupině 2 pak 12 dnů ($p = 0,001$).

Závěr: Aplikací PT v rámci primárního ošetření poraněného MK u OZ III. stupně došlo ke statisticky významnému zkrácení doby bakteriální kontaminace v místě poranění, stejně tak ke snížení výskytu následných infekčních komplikací. Primární aplikace PT statisticky významně snížila riziko recidivy infekce.

ERADIKACE KOMPLEXNÍCH PERIANÁLNÍCH PÍŠTĚLÍ U IBD NEMOCNÝCH, FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ A RECIDIVU

Přednášející:

Z. Šerclová¹, O. Ryska¹, J. Kalvach², J. Fulík³

¹Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

²Chirurgická klinika 2. LFUK a UVN, Praha

³Chirurgická klinika Nemocnice Na Bulovce, Praha

Úvod: Komplexní perianální píštěle významně snižují kvalitu života nemocných s IBD, dokonce vedou k sebevražedným pokusům. I nejpotentnější konzervativní léčba sice zlepšit dočasně příznaky nemoci, ale k trvalému zhojení píštělí většinou nevede. Možností, jak eradikovat píštěle, je opakovaná chirurgická intervence s následným ošetřením vnitřního ústí píštěle pomocí posuvného laloku (advancement flap). Metoda je dle literatury úspěšná ve 40–80%.

Cílem práce bylo pomocí prospektivní databáze zhodnotit dlouhodobé výsledky eradikace IBD píštělí metodou advancement flapu (AF) a identifikovat faktory vedoucí ke komplikovanému hojení a recidivě píštělí.

Metoda: Do analýzy byli zahrnuti prospektivně sledovaní nemocní s IBD, indikovaní k AF v období 6/2006–10/2013. Chirurgická léčba byla zahájena vyšetřením v celkové anestezii (CA) s drenáží píštělí a abscesů. Pokud nemoc nebyla dostatečně kontrolována 1. vyšetřením, proběhly redrenáže, případně discize. Pak následovala vlastní eradikace píštělí advancement flapem. Přetrvávající sekrece ze zevního ústí píštěle do 3 měsíců od operace byla hodnocena jako nezhojení píštěle. Nález píštěle, sekrece či infiltrace po 3 a více měsících od AF byl hodnocen jako recidiva píštěle. Hodnoceno bylo: délka trvání IBD, konkomitantní medikace, rozsah perianálního postižení, proximální nemoc, předchozí chirurgické intervence, kuřáctví, BMI.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 101 pacientů (58 % žen/42 % mužů; 35 ± 10 let), 91 (91 %) s diagnózou Crohnovy choroby a 10 (9 %) s ulcerózní kolitidou. Od prvního vyšetření v CA do indikace k AF (11 (1–58) měsíců) podstoupili pacienti 2 (1–22) re-drenáže. Primárně se zhojilo 88 (87 %) pacientů. K recidivě píštěle došlo u 6 (6%) nemocných v průběhu 28,5 (7–76) měsíců. U 8 pacientů se selháním nebo recidivou byla píštěl zhojena opakovaným AF. Celkem byla píštěl eradikována u 90 (89%) pacientů v mediánu follow-up 17 (4–88) měsíců. Rektovaginální píštěl vedla významně častěji k selhání flapu (RR: 2,88; 1,07–7,79, $p = 0,037$). Věk, pohlaví, kouření, BMI, doba trvání nemoci, počet vnějších a vnitřních ústí píštěle a lumenální



postižení v době AF neovlivnily hojení ani recidivu píštěle. Trend k horšímu hojení byl pozorován u pacientů s imunosupresivní léčbou (kortikosteroidy, azathioprin) i s biologickou terapií. U pacientů se selháním AF byla zaznamenána signifikantně delší doba léčby perianálního postižení před odesláním na specializované pracoviště – 3 (0–10) roky vs. 0,5 (0–8) roku; $p = 0,001$.

Závěr: Metoda AF vede k dlouhodobé eradikaci píštěle u 89 % pacientů s IBD. Rektovaginální píštěl je rizikovým faktorem hojení. Délka trvání IBD, luminální nemoc, rozsah perianálního postižení ani počet perianálních intervencí hojení píštěle neovlivnilo. Časnější ošetření perianální nemoci ve specializovaném centru vedlo k významně lepším výsledkům.

PERIOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTY LÉČENÉ NOVÝMI ANTITROMBOTIKY

Přednášející:

J. Smékalová, J. Toman, M. Daňková, O. Polaková

Chirurgické a hematologické odd. nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.

Úvod: Polymorbidita a věk pacientů, kteří podstupují chirurgickou terapii v posledních letech nekompromisně narůstá. VZP zveřejnila letos teprve podruhé TOP 20 nejnákladnějších pacientů za rok 2013, téměř polovinu z nich stejně jako v roce 2012 tvoří pacienti s poruchou srážlivosti krve.

Metodika: Antitrombotika jsou látky snižující srážlivost krve. Do této skupiny léků patří přímá a nepřímá antikoagulancia, protidestičkové léky a trombolitika. V posledních dvou letech byly zavedeny i na český trh nová perorální antikoagulancia, které můžeme rozdělit na dvě velké skupiny: přímé inhibitory trombinu – dabigatran a přímé inhibitory faktoru Xa – rivoraxaban a apixaban. Pacienti z nich nepochybně profitují. Nespornou výhodou na rozdíl od warfarinu je, že se nemusí laboratorně kontrolovat, dávkování je jednotné. Bohužel nemají antidotum, nepomůže K vitamin ani protamin. A tak v urgentních stavech v případě velkého krvácení máme jen experimentální udaje, jak vyblokovat jejich účinek.

Závěr: Krvácivé komplikace v chirurgii jsou vzhledem ke své heterogenitě těžko ujednotitelné terapeutickým algoritmem. Důsledná hemostáza je sebereflexí každého chirurga. Peroperační monitorace koagulace v celé své komplexnosti je dnes, ale stejně nezbytná jako pečlivá monitorace glykemie, bohužel mnohonásobně dražší.

PERSONIFIKOVANÁ PROFYLAXE U PACIENTŮ S NÁHRADOU JÍCNU PRO KARCINOM

Přednášející:

M. Horáková¹, L. Lubušková¹, M. Kolář², R. Vrba³, Č. Neoral³

¹Intenzivní péče chirurgických oborů FNOL

²Ústav mikrobiologie FNOL a LF UP

³1. chirurgická klinika FNOL a LF UP

Autoři předkládají první závěry zjištěné analýzou výskytu plicních zánětlivých komplikací u pacientů podstupujících náhradu jícnu pro tumor. Vzhledem k projevení se plicních komplikací nejčastěji do třetího pooperačního dne je pravděpodobné, že původcem mohou být potencionálně patogenní mikroorganismy pocházející z primární nebo sekundární mikroflóry a je třeba změnit přístup ke způsobu předoperačního mikrobiologického vyšetření sputa. Na základě pozitivního průkazu bakterie s vyšší mírou rezistence k antimikrobním přípravkům nebo kvasinek je nutné použít tzv. personifikovanou antibiotickou profylaxi vycházející z těchto konkrétních výsledků.



Pátek 17. října 2014

Blok II.: 8.00 – 9.30 hod; Kongresový sál

Onkochirurgie, chirurgie GIT

NEOČEKÁVANÁ KOMPLIKACE FAP

Přednášející:

Z. Krška, D. Hoskovec

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

Úvod: Familiární adenomatózní polypova (FAP) je autozomálně dominantní onemocnění charakterizované gastrointestinálními polypy, kostními osteomy epidermoidními cystami, desmoidními tumory, odontomy a případnými dalšími anomáliemi. Desmoidy mohou vzniknout jak v dutině břišní, tak v retroperitoneu a vést k řadě komplikací.

Metodika: Na základě kazuistiky nepříznivého nálezu neočekávaného nálezu, rozsáhlého desmoidního nádoru u pacientky se základní diagnózou FAP byla provedena analýza této komplikace.

Kazuistika: Pacientka, 63 let, 33 let po kolektomii, dále stp. CHCE, panhysterektomii. V posledním roce provedena nefrektomie pro funkční ledvinu a na kontralaterální straně zaveden stent pro stenózu močovodu. Nevysloveno podezření na útlakový proces. Při endoskopickém vyšetření prokázána polypóza duodena. Indikována k duodenektomii a náhradě tenkým střevem. Na CT jednoznačná další patologie ve smyslu tumoru dutiny břišní neprokázána. Již při fyzikálním vyšetření nález tuhé „plotny“ celé přední stěny břišní. Přes tuto se ani po několika hodinách nedaří proniknout nikudy do volné dutiny břišní; zaujímá všechny dostupné orgány. Histologicky se jedná o agresivně rostoucí desmoid. Je pravděpodobnou příčinou (při retroperitoneálním šíření) stenóz ureterů.

Diskuze: Desmoidní tumory tvoří jednu z nejvýznamnějších extraintestinálních manifestací FAP a jsou zodpovědné za vzestup morbidity a letality u FAP obecně. Vznikají v odstupu i po resekčních výkonech, dle různých sdělení mezi 12–240 měsíci i v případě svých rekurencí. Takto pozdní výskyt je tudíž raritní. Výskyt desmoidu se ukazuje přibližně u 10–13 % FAP, ve většině případů v dutině břišní (až 70 %), ve zbytku případů ve stěně břišní. Operabilita je velmi vysoká, tento případ absolutní neresekability a inoperability je tudíž rovněž raritní. Rovněž tak nejasný nález na CT. Spolupodílí se i absence kontrol (problém u pacientky).

Závěr: Na raritním případě rozsáhlého postižení orgánů dutiny břišní a retroperitonea u pacientky po kolektomii pro FAP před 33 lety demonstrována problematika její nejčastější extraintestinální komplikace.

Podpora grantu:

IGA č. NT13251-4/2012

PRVOUK 1 - 205027-17

NT 13360-4/2012

ZNÁME MÍRU PŘÍNOSU KOMBINOVANÉ LÉČBY ZHOUBNÝCH NÁDORŮ TRÁVICÍHO TRAKTU Z VLASTNÍCH ČESKOMORAVSKOSLEZSKÝCH DAT?

Přednášející:

J. Žaloudík, J. Mužík, L. Dušek

MOÚ, LF MU a IBA MU Brno

Navzdory deklaracím o sjednocování a standardizaci onkologické léčby jsou u nás léčebné postupy spíše nejednotné a ještě dále diverzifikují. Docházet k tomu bude i nadále také s ohledem k orientaci onkologie na personalizovaný přístup a významný nárůst nabídky léčebných možností ve spektru léků i technologií. Rigidní schémata nutně vystřídá práce a doporučení víceoborových indikačních komisí, které mohou pacienti a plátcí identifikovat také ve svém zájmu podle signálního kódu 51881 v dokumentaci každého případu. Nároky na orientaci a znalosti odborníků v indikačních komisích se budou



dále zvyšovat. Promítnout do závěrů se musejí aktuální výsledky mezinárodních klinických studií, ovšem i hodnotitelné vlastní výsledky, parametrizovaná zkušenost a aktuální zájem nemocného. Nemá-li tým dosud k dispozici dlouhodobé léčebné výsledky vlastní nemocnice, může zatím využít aspoň údajů Národního onkologického registru a analýz v systému SVOD pro orientaci o aplikaci a výsledcích léčebných postupů v tuzemských podmínkách a porovnávat je s publikovanými závěry. V mnohém může být shledána shoda, v lecčem nikoli a po příčinách diskrepancí je pak třeba pátrat. Takový přístup je poctivý a etický vůči nemocným, vědecky fundovaný a hájitelný i forenzně. Jako příklad je v přehledné srovnávací analýze sedmi častých diagnóz zhoubných nádorů trávicího traktu (C15, C16, C18, C20, C22, C23–4 a C25) ve III. klinickém stadiu ukázána míra přínosu kombinované léčby ve srovnání s monoterapií v našich podmínkách z let 2005–2009. Klinické stadium III bylo zvoleno jako typicky multidisciplinární problém s nejistou prognózou i po radikální operaci a s vysokým rizikem rekurence. Hodnocen je celkově nemalý soubor 6343 nemocných mladších 70 let (596 C15, 545 C16, 2579 C18, 1543 C20, 330 C22, 108 C23–4, 321 C25).

Výsledky lze shrnout následovně:

- 1) Kombinovaná léčba dosahuje ve stadiu III u všech diagnóz i v našich podmínkách výrazně lepších výsledků než monoterapie.
- 2) U nádorů extraperitoneálních částí trávicí trubice, tedy karcinomů jícnu (C15) a rekta (C20), je trojkombinace operace s ozářením a chemoterapií lepší než jen operace s radioterapií či operace s chemoterapií.
- 3) Léčbu s nejlepšími výsledky však u nás v letech 2005–9 dostalo ve III. klinickém stadiu pouze 31 % nemocných s karcinomem jícnu, 57 % žaludku, 78 % kolon, 66 % rekta, 13 % jater, 24 % žlučníku a extrahepatálních žlučových cest a 34 % s karcinomem pankreatu.
- 4) Z různých důvodů zůstalo ve stadiu III ve věku do 70 let zcela bez jakékoli protinádorové léčby 28 % nemocných s karcinomem jícnu, 12 % žaludku, 2 % kolon, 2 % rekta, 43 % jater, 32 % žlučníku a žlučových cest a 30x% pankreatu. Ačkoli důvody pro suboptimální léčebný postup v potenciálně kurabilním stadiu III mohou být různé, je třeba je nemocnému srozumitelně sdělit a vždy v dokumentaci obhájitelným způsobem zaznamenat. Z uvedeného je zároveň patrné, že o stanovení doporučeného léčebného postupu by s výjimkou akutních situací neměl rozhodovat izolovaně sám chirurg nebo radiační či interní onkolog, případně jen diagnostik, ale sehraný a kvalifikovaný indikační tým.

KOMPLIKACE IREVERSIBILNÍ ELEKTROPORACE PANKREATU

Přednášející:

D. Hoskovec, J. Hořejš, Z. Krška, P. Dytrych, P. Záruba

1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN

Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN

Úvod: Duktální karcinom pankreatu je onemocnění s extrémně nepříznivou prognózou. Incidence tohoto nádoru má stoupající tendenci. V době diagnózy je radikálně operabilních pouze max. 20 % nemocných. Efektivní onkologická léčba není známa. V roce 2009 byla poprvé ve světě užitá IRE (ireversibilní elektroporatizace) k terapeutickému ovlivnění neoperabilního a negeneralizovaného karcinomu pankreatu. Dosud provedené studie potvrzují bezpečnost metody.

Metoda: V letech 2012–14 bylo v rámci grantové studie ošetřeno ireversibilní elektroporací 41 nemocných s lokálně pokročilým, negeneralizovaným karcinomem pankreatu. Výkony byly provedeny v průběhu laparotomie nebo pod C T kontrolou. Mezi sledované parametry patří délka hospitalizace, časné a pozdní komplikace, reoperace a 30denní mortalita.

Výsledky:

Doba hospitalizace byla delší u pacientů s laparotomií (12 : 7 dnům). Nejčastější časnou komplikací je pankreatická píštěl, kterou jsme zaznamenali v 7 %. Vždy byla zvládnuta konzervativně, kombinací parenterální výživy, antibiotik a derivátů somatostatinu. Reoperace byla nutná také u 7 % pacientů (krvácení, biliární peritonitida). Z pozdních komplikací jsme nejčastěji zaznamenali obstrukční ikterus při dlouhodobě ponechaném stentu ve žlučových cestách. Bohužel v souvislosti s metodou došlo i ke dvěma úmrtím – v důsledku masivního krvácení a septického stavu.

Závěr: Ireversibilní elektroporace lokálně pokročilého karcinomu pankreatu je bezpečnou metodou s relativně nízkým procentem komplikací. Neprokázali jsme rozdíl v počtu komplikací mezi otevřenou a CT navigovanou IRE (kromě délky hospitalizace).

Práce je podporována grantem IGA MZ ČR č. NT/13263 a PRVOUK 8. 2.



CIRKULUJÍCÍ NÁDOROVÉ BUŇKY (CTC) U VYBRANÝCH NÁDORŮ GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU (GIT) – INDIVIDUALIZACE TERAPIE

Přednášející:

P. Eliášová^{1,2}, K. Kološtová², V. Bobek², A. Jakabová², M. Pinkas², R. Gürlich¹

¹Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Chirurgická klinika, Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10

²Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Oddělení nádorové biologie, Ruská 87, 100 00 Praha 10

Úvod: Cirkulující nádorové buňky (CTC) přítomné v krevním řečišti jsou zodpovědné za rozvoj metastáz a mohou být klíčem k určení vhodné efektivní terapie. Biomarkery na úrovni CTC, predikující rezistenci k chemoterapii nebo cílené biologické léčbě, mohou přispět k volbě terapie.

Izolace CTC z krve na rozdíl od biopsie nádorové tkáně je méně invazivním vyšetřením, které je možné provádět v opakovaných intervalech. To umožňuje jak sledování odpovědi na léčbu pacienta, tak monitoraci dalšího vývoje onemocnění s ohledem na prognózu vývoje onemocnění onkologických pacientů. V závislosti na přítomnosti a na molekulární charakteristice CTC je umožněna predikce účinnosti neoadjuvantní, adjuvantní a paliativní onkologické léčby s upřesněním vhodného načasování v souvislosti s operačním výkonem.

Metody: Prezentujeme několik vybraných případů pacientů s nádorovým onemocněním GIT indikovaných k operačnímu výkonu. Pacientům byla per- a postoperačně odebrána nesrážlivá periferní krev (8 ml), u vybraných pacientů doplněná odběrem spádové krve z tumoru (2–8 ml). Zároveň byla některým pacientům v průběhu operace odebrána peritoneální laváž a části z resektované nádorové tkáně CTC byly izolovány z krve metodou závislou na velikosti buněk (MetaCellTM) a následně kultivovány in vitro. Přítomnost CTC byla vyhodnocena využitím cytologické analýzy (dle cytomorfológických kritérií – velikost buňky, jádra, přítomnost viditelných jadérek, anizonukleóza, nepravidelná jaderná membrána) a analýzy genové exprese tumor specifických genů (cytokeratin 7, cytokeratin 18, cytokeratin 19, cytokeratin 20, EpCAM, MUC1, EGFR, chromogranin, CD45 a CD68). V případě pozitivního nálezu CTC byla molekulární analýza doplněna o stanovení exprese genů rezistence vůči chemoterapeutikům (ERCC1, MDR1, MRP1, 2, 4, 5 a 7). U pacientů s kolorektálním karcinomem byla u CTC provedena analýza mutací genu K-RAS. Primární tumor a nádorové buňky z peritoneální laváže (tzv. diseminované nádorové buňky – DTC) byly použity ve srovnávací analýze exprese vybraných genů.

Výsledky a závěry: Detekce CTC byly na základě kombinací uvedených metod opakovány s časovým odstupem (v čase operace, před adjuvantní terapií, po ukončení terapie). Vyhodnocení přítomnosti CTC/DTC a analýza expresí genů chemorezistence v CTC/DTC a primárním nádoru byly dány do souvislosti s klinickým stadiem onemocnění (lokalizace nádoru, TNM klasifikace, stage, grade, rozsah operačního výkonu). Předpokládáme, že prezentovaná studie přispěje k využití CTC v managementu nádorových onemocnění.

Podporováno grantem IGA MZČR (reg. č. 14439).

TRANSREKTÁLNÍ NOTES VERSUS LAPAROSKOPICKÁ A OTEVŘENÁ CHOLECYSTEKTOMIE NA MODELU KALKULÓZNÍ CHOLECYSTITIDY – EXPERIMENTÁLNÍ PROSPEKTIVNÍ RANDOMIZOVANÁ STUDIE

Přednášející:

O. Ryska¹, Z. Šerclova¹, J. Martínek², R. Doležel³, J. Kalvach³, T. Henlín⁴, E. Lasziková⁴, S. Juhas⁵, J. Juhasová⁵, M. Ryska³

¹Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

²Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

³Chirurgické klinika 2. LFUK a ÚVN, Praha

⁴Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a ÚVN, Praha

⁵Ústav živočišné fyziologie a genetiky AV ČR, Liběchov

Úvod: Transrektální NOTES (Natural-orifice transluminal endoscopic surgery) přístup umožňuje dobrou manipulaci v podjaterní krajině a na rozdíl od častěji využívaného transvaginálního vstupu je univerzální pro obě pohlaví. Vyšší technická náročnost NOTES vyžadující delší operační čas a polohování může ovlivnit hemodynamické parametry během výkonu. Cílem studie bylo srovnat cholecystektomii transrektální (laparoskopickou), a otevřeným přístupem u experimentálního modelu kalkulózní cholecystitidy s ohledem na proveditelnost a peroperační hemodynamiku.



Metody: Měsíc před intervencí byla u 42 laboratorních selat laparoskopicky provedena cholecystotomie a do žlučníku aplikovány 3–4 konkrementy. Zvířata byla randomizována do skupiny NOTES (N = 14), laparoskopické (N = 11), otevřené (N = 11) a kontrolní – sham (N = 6). Transrektální přístup byl proveden pomocí jehlového nože a balonové dilatace. Cystický svazek byl klipován a disekce dokončena háčkovým nožem. Rektotomie byla uzavřena OTSC klipem. Tříportová laparoskopie a minilaparotomie (4–5cm) byly využity v ostatních intervenčních skupinách. Neinvazivní monitorace hemodynamiky byla provedena pomocí LiDCO. Po třiceti dnech byla zvířata utrácena a pitvána.

Výsledky: Operace byla signifikantně delší v NOTES skupině než u laparoskopického nebo otevřeného přístupu – 145 (90–240) vs. 63 (40–90) vs. 40 (25–65) minut, $p < 0,001$. U 3 zvířat v NOTES skupině nebylo možné výkon dokončit pro endoskopicky neošetřitelné krvácení. K peroperační perforaci žlučníku došlo u 9/11 při NOTES, u 4/11 (RR: 2,3; 1,1–5,2; $p = 0,04$) a u 1/11 (RR: 9,0; 1,36–59; $p=0,02$) při laparoskopickém respektive otevřeném přístupu.

Hemodynamické parametry (srdeční frekvence, střední arteriální tlak, srdeční index, centrální žilní tlak a systémová vaskulární rezistence) se ve skupinách nelišily. Frekvence nitrobřišních komplikací byla vyšší ve skupině NOTES (4/11) než u laparoskopicky (1/11) nebo otevřeně (2/11) operovaných zvířat. Všechny rektotomie byly zhojené bez komplikací.

Závěr: Proveditelnost NOTES přístupu v terénu kalkulózní cholecystitidy stále nedosahuje běžně užívaných metod. Bez ohledu na vyšší technickou náročnost a delší operační čas nebyly hemodynamické parametry NOTES technikou ovlivněny. Více peroperačních a pooperačních komplikací bylo zaznamenáno ve skupině NOTES. Transrektální přístup a jeho uzávěr jsou bezpečné, riziko kontaminace v průběhu operaci je však vysoké.

Podpořeno grantem IGA 1225.

NEUROENDORINNÍ TUMORY PLIC – NAŠE ZKUŠENOSTI S CHIRURGICKOU LÉČBOU

Přednášející:

I. Hanke, T. Horváth, L. Mitáš

CHK FN Brno a LF MU

Autoři seznamují se svými zkušenostmi s léčbou plicních neuroendorinních tumorů (NET) plic v desetiletém období. Dle přehodnocení TNM klasifikace v roce 2010 jsou karcinoidy označovány jako karcinoid tumor NET G1 a atypické karcinoidy jako neuroendokrinní nádory plic NET G2.

V souboru je sledována velikost tumoru, TNM, histologický typ, typ operačního výkonu, výskyt komplikací, délka přežití a délka života bez známek tumoru. Soubor jsme rozdělili na dvě pětiletá období, kdy ve druhém byla snaha o plicní parenchym zachovávající resekce.

Věkové rozložení souboru bylo od 22 do 75 let s průměrem 54. Operovali jsme 24 pacientů, z toho 18 s NET G1 a 6 s NET G2. Lokální nález si vyžádal v prvním pětiletém období 9 operací, z toho 5x lobektomií, 2x bilobektomií, 1x jsme provedli záchovnou operaci plíce s rukávovou resekcí dýchacích cest. V jednom případě explorativní torakotomii pro postižení srdce a neresekabilní nález. Ve druhém období pak 15 operací: 7x lobektomií, 1x bilobektomií, 5x záchovnou operaci plíce s rukávovou resekcí dýchacích cest a jednou atypickou resekcí. Ve třech případech biopticky získaný vzorek před operací ukazoval na adenoCA a až z peroperačně odebrané tkáně pak byla stanovena diagnóza NET. Nejčastěji šlo o nádory pT1 N0, jen v jediném případě šlo o pokročilý nádor pT4N2 (předoperační hodnocení jako zánětlivé postižení).

U nádorů typu NET G1 je snaha zachovávat co možná nejvíce funkční plicní tkáně zvláště u mladých pacientů a u nemocných s plicním funkčním omezením, které nemá negativní vliv na dlouhodobé přežití.

Výsledky přežití souboru ukazují, že záchovné operace plic ve srovnání s dříve prováděnými radikálními operacemi mají srovnatelné dlouhodobé výsledky s menším omezením plicní schopnosti nemocných.



DETEKCE SENTINELOVÉ UZLINY V ADENOKARCINOMECH TLUSTÉHO STŘEVA

Přednášející:

J. Cagaš, J. Čapov, J. Viček, J. Korbička, J. Veverková

I. Chirurgická klinika MU a FNUSA Brno

Úvod: Vznik metastatických ložisek je důsledkem mnoha genetických a epigenetických změn. Za významnou invazivitu a schopnost zakládání metastáz je zodpovědná mimo jiné exprese genů rodiny Myb. Cílem naší studie je nalézat souvislosti mezi metastazujícími tumory tlustého střeva a expresí genů rodiny Myb. Chirurgickou částí práce je nalezení mikrometastázy, respektive metastázy v sentinelové uzlině, a její další zpracování. Sdělení se zaměřuje na vyhodnocení senzitivity a specifity detekce sentinelové uzliny v resekcích tlustého střeva.

Materiál a metoda: Do souboru byli zařazeni všichni pacienti s verifikovaným tumorem tlustého střeva. Chirurgickou částí studie bylo označení primárního tumoru pomocí Patentblau, následně standardní chirurgická resekce. Resekát byl odeslán nativně k histopatologickému zpracování, provedena detekce případné mikrometastázy v sentinelové uzlině.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 65 pacientů, z toho 39 mužů a 26 žen. Patologem bylo celkem 24 resektů vyhodnoceno jako pN+, z těchto 14 bylo falešně negativních a 8 pozitivních. Tedy specifita 30 %, senzitivita 91,7%. Vedlejším přínosem detekce sentinelové uzliny je zvýšení počtu uzlin na resekcích v porovnání s kontrolním souborem (kontrola z roku 2011) na 15,862 oproti kontrole 12,73.

Závěr: Metoda detekce sentinelové uzliny je experimentální metodou s nízkou specifikou, ale se zlepšenou detekcí uzlin na resektu.

Studie byla financována z grantu IGA NT 13441: Expese proteinů rodiny Myb v adenokarcinomech tlustého střeva a vztah k jejich metastatickému potenciálu.



Pátek 17. října 2014

Blok III.: 10.00 – 11.30 hod; Kongresový sál

Chirurgie pánevního dna, chirurgie kolorektální oblasti

PÁNEVNÍ EXENTERACE – INDIKACE, PERIOPERAČNÍ PÉČE A KOMPLIKACE

Přednášející:

J. Šimša, M. Levý, V. Visokai, Lipská, J. Jarabák, R. Zachoval

Chirurgická klinika 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze

Úvod: Pánevní exenterace je základní součástí komplexní léčby pokročilých nádorů malé pánve původu kolorektálního, urologického a gynekologického.

Metody: Retrospektivní analýza vlastního souboru nemocných, kteří podstoupili totální pánevní exenteraci na Chirurgické klinice 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze v období 1. 1. 1999–31. 12. 2013.

Výsledky: Během období 15 let (1. 1. 1999–31. 12. 2013) bylo na Chirurgické klinice 1. LF UK a TN v Praze provedeno celkem 43 (100 %) totálních pánevních exenterací (TPE). V souboru operovaných je 15 žen (35 %) a 28 mužů (65 %). Průměrný věk nemocných činil 56 let (43–69). Průměrná krevní ztráta během operace činila 4300 ml (750–12.500 ml). Průměrná doba operace byla 12 hodin. Resekce vnitřních ilických cév oboustranně byla provedena celkem u 19 nemocných (44,2 %). Supravalvatorová resekce rekta s obnovením kontinuity zažívacího traktu kolorektální nebo koloanální anastomózou byla možná u 9 osob (20,9 %). Ze simultánních resekcí dalších orgánů byly provedeny: 2x resekce jater pro synchronní metastázu, 1x resekce nadledviny pro metastázu, 6x en bloc resekce tenkého nebo tlustého střeva pro přímé prorůstání nádoru a 4x vulvektomie, opět pro nádorovou invazi. U 4 nemocných byla provedena kompozitní TPE s resekcí os sacrum. Komplikace se vyskytly celkem u 19 pacientů – morbidita 44 %. Do 30 dnů po operaci zemřeli 2 nemocní, 30denní letalita tak činila 4,7 %. Během pobytu v nemocnici zemřelo celkem 6 nemocných – hospitalizační letalita činila 14 %. Pětileté přežití našich nemocných je 53 %.

Závěr: Pánevní exenterace zůstává i dnes jedinou nadějí na dlouhodobé přežívání nemocných s lokálně pokročilým, primárním nebo recidivujícím karcinomem rekta, jehož radikální odstranění není možné méně extenzivním chirurgickým výkonem. Také pro některé typy nádorů urologického a gynekologického původu, perzistující nebo recidivující po primární radioterapii, je pánevní exenterace jedinou variantou s kurativním potenciálem.

PŘEDOPERAČNÍ RADIOTERAPIE U KARCINOMU KONEČNÍKU

Přednášející:

P. Pospíšil, E. Dvořáková, P. Šlampa

Klinika radiační onkologie LF MU a MOÚ, Brno

Problematika pouchů u rekonstruktivní proktokolektomie (téma a autoři budou upřesněni)

ROZPOZNÁME VČAS VZNIKAJÍCÍ INSUFICIENCI ANASTOMÓZY U NÍZKÝCH RESEKČÍ REKTA?

Přednášející:

J. Rejholec

Centrum robotické chirurgie K.Z. a.s

Chirurgické oddělení K.Z. a.s.– Nemocnice Děčín o.z.

Cíl: Na základě literárních údajů a vlastních zkušeností zhodnotit časné známky insuficience anastomózy po nízké přední resekcii.

Metodika: Do souboru byli zahrnuti pacienti roboticky operovaní pro karcinom středního a dolního rekta s provedenou nízkou přední resekcí a vzniklou insuficiencí anastomózy za roky 2012–2014.



Výsledky:

V této práci porovnáváme vlastní zkušenosti se známkami vzniku insuficience anastomózy po RLAR v kontextu s literárními údaji.

ULCEROZNÍ KOLITIDA – STRATEGIE CHIRURGICKÉ LÉČBY

Přednášející:

O. Robek, R. Hrivnák, Z. Kala, V. Čan

Chirurgická klinika FN Brno

V našem sdělení uvádíme strategii chirurgické léčby u pacientů s ulcerózní kolitidou. Jen v 5–15% případů dochází k rozvoji totální formy, která vede k resekcijnímu výkonu na tračniku. Zatímco u dětí je v první fázi preferována subtotální kolektomie s ileorektoanastomózou, u dospělých proktokolektomie s J pouchem, u pacientů vyšších věkových skupin je indikována totální kolektomie.

Dále uvádíme zhodnocení kvality života po proktokolektomii s J pouchem u 29 pacientů, kteří byli operováni na chirurgické klinice FN Brno od ledna 2011 do srpna 2014. Hodnotili jsme délku konzervativní léčby, dobu protektivní ileostomie, frekvenci stolic, stupeň kontinence, nutnost dietních či medikamentózních opatření a celkovou spokojenost v osobním a pracovním životě.

TRANSANÁLNÍ CHIRURGICKÁ LÉČBA KOMPLIKACÍ V ILEO-POUCH-ANÁLNÍ ANASTOMÓZE VEDE K ZACHOVÁNÍ FUNKCE POUCHE

Přednášející:

Z. Šerclová¹, O. Ryska¹, J. Kalvach², J. Marvan³

¹Chirurgické oddělení, Nemocnice Hořovice

²Chirurgická klinika 2.LFUK a UVN, Praha

³Chirurgická klinika, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Úvod: Ileo-pouch-anální anastomóza (IPAA) je zlatým standardem restorativní chirurgické léčby ulcerózní kolitidy. Tato operace je však zatížena vysokou frekvencí pooperačních komplikací.

Dehiscence IPAA je významným rizikovým faktorem funkčního selhání pouche.

Cílem této retrospektivní studie bylo zhodnotit výsledky chirurgické léčby všech anastomotických komplikací po IPAA v období 6/2006–12/2013.

Metoda: Ve sledovaném období bylo provedeno 82 IPAA u pacientů s diagnózou ulcerózní kolitidy nebo familiární adenomatózní polypózy. Komplikace v anastomóze byla zjištěna u 12 pacientů (6 mužů/6 žen, průměrný věk 37,2 let). U 10 pacientů byl leak diagnostikován v období do jednoho měsíce po proktokolektomii, 2 komplikace byly zjištěny později (1–3 měsíců). Léčba časných komplikací spočívala v transanální sutuře defektu anastomózy se zevní či transanální drenáží. U 2 nemocných byla provedena CT navigovaná drenáž abscesu. U nemocných, u nichž nebyla úspěšná primární sutura defektu, byla po dlouhodobé drenáži dehiscence ošetřena technikou slizničního laloku – advancement flap. Po endoskopickém a RTG (pouchografie) ověření intaktnosti anastomózy byla provedena okluze ileostomie.

Výsledky: U žádného z 12 pacientů nedošlo ke ztrátě pouche. U 10/12 nemocných (83 %) byla anastomóza popsáním algoritmem úspěšně zhojena a dotyční žijí s dobrou funkcí pouche. Frekvence stolic je $6,4 \pm 1,7$ za den a 9/10 (90 %) nemocných je plně kontinentních, 1 pacient trpí občasným nočním únikem stolice. U 2/12 ještě nebyla dehiscence plně eradikována a mají protektivní ileostomie. Medián délky sledování byl 32,2 (15–102) měsíců. Doba od primární operace do okluze ileostomie činila 6,8 (4–14) měsíců, což není signifikantně déle než u pacientů bez komplikace.

Závěr: Lokální transanální chirurgické metody ošetření dehiscence v oblasti IPAA vedly ke zhojení komplikace se zachováním dobré funkce pouche u 83% pacientů v mediánu sledování 32 měsíců. Ani u jednoho nemocného s komplikací nebylo nutné odstranění pouche. Interval k okluzi ileostomie se neliší od nemocných bez komplikace. Na základě výsledků byl navržen algoritmus „step by step“ postupu léčby této komplikace, která je dle literatury nejčastěji příčinou selhání pouche.



Pátek 17. října 2014

Blok IV.: 14.00 – 15.30 hod; Kongresový sál

Hrudní chirurgie

VÝVOJ TECHNIKY RESEKČÍ TRACHEY – NAŠE ZKUŠENOSTI

Přednášející:

J. Schützner, J. Šimonek, A. Stolz, J. Kolařík, J. Pozniak, V. Bobek, P. Pafko, R. Lischke

III. chirurgická klinika 1. LF UK, FN Motol, Praha

Úvod: Hlavní indikací k resekci trachey jsou její stenózy. Většina stenóz je benigních po déleodobé intubaci či tracheostomii. Maligní stenózy jsou méně časté, k primárním nádorům trachey patří epidermoidní karcinom či ACC tumory (adenoid cystic cancer). Sekundárně může být trachea postižená vrůstem maligního nádoru z okolí (karcinom štítné žlázy, karcinom jícnu).

Metody: Resekce trachey je specializovaný výkon prováděný hrudním chirurgem, event. specializovaným otolaryngologem, který řeší zejména vysoké stenózy zasahující do glottis. Výkon vyžaduje zkušenost nejen chirurga, ale i anesteziologa, spolupráci s invazivním bronchologem, který může řešit stenózu v případě neresekability, významnou roli má i diagnostika (CT) a adekvátní pooperační péče.

Výsledky: Autoři zpracovávají soubor resekčí trachey provedených na III. chirurgické klinice 1. LF UK, FN Motol, Praha v období 1993 – 2013. Provedli celkem 235 resekčí. Soubor rozdělili na dvě skupiny: skupina A, období 1993–2003 (104 resekčí), skupina B, 2003–2013 (123 resekčí). V obou skupinách srovnávají jednotlivé ukazatele (přístup, původ stenózy, komplikace) a hlavně se zaměřují na vývoj techniky resekčí v obou obdobích.

Závěr: Autoři seznámí plénum se zkušenostmi III. chirurgické kliniky s tím, jak se vyvíjela technika resekčí se zaměřením na možnost ventilace, resekce, způsob provedení sutury trachey. V současnosti patří vhodně indikovaná resekce stenózy trachey k výkonům první volby s dobrými, až velmi dobrými výsledky, pokud je prováděna specializovaným týmem na specializovaném pracovišti.

MAJÍ METEOROLOGICKÉ JEVY VLIV NA VZNIK SPONTÁNNÍHO PNEUMOTORAXU?

Přednášející:

J. Vodička¹, Š. Vejvodová¹, D. Šmíd¹, V. Špidlen¹, J. Hostýnek²

¹Chirurgická klinika LF UK a FN v Plzni

²Český hydrometeorologický ústav, pobočka Plzeň

Úvod: Spontánní pneumotorax (SPNO) vzniká rupturou subpleurálních puchýřů vzduchu nebo emfyzematózních bul. Jako možná příčina této ruptury jsou opakovaně diskutovány i povětrnostní změny, závěry jsou však nejednotné. Cílem této studie je posouzení možného vlivu meteorologických jevů (změny tlaku a teploty vzduchu, síla větru, výskyt bouřky) na vznik SPNO u nemocných plzeňského regionu.

Metody: Retrospektivní analýza 450 případů spontánního pneumotoraxu u 394 pacientů léčených v období let 1991–2013 na Chirurgické klinice LF UK a FN v Plzni. Soubor tvořilo 318 mužů a 76 žen průměrného věku 42 let. Meteorologické údaje pro daný region byly získány z plzeňské pobočky Českého hydrometeorologického ústavu. Sledovány byly průměrné denní hodnoty atmosférického tlaku, průměrná denní teplota vzduchu, maximální denní náraz větru a výskyt bouřek za každý den uvedeného období, tj. celkem v 8401 dnech, a jejich případné změny v den vzniku SPNO oproti dnu předcházejícímu. Statistická analýza byla provedena s užitím software SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Výsledky: Ke vzniku SPNO došlo v 5,35 % sledovaných dnů. U případů SPNO byly zaznamenány statisticky významně vyšší rozdíly hodnot tlaku vzduchu mezi dnem vzniku SPNO a dnem předcházejícím dnu výskytu SPNO. Při změně tlaku vzduchu o $\pm 8,3$ hPa je riziko jeho vzniku 1,43krát vyšší (nejsilnější cut off), při změně tlaku vzduchu o $\pm 0,25$ % je riziko 1,28krát vyšší (nejsilnější cut off). Stejně statisticky významné rozdíly jako u tlaku vzduchu byly nalezeny i u teploty vzduchu ve dnech výskytu SPNO oproti dnům bez výskytu SPNO. Při změně teploty vzduchu o $\pm 0,6$ °C je riziko jeho vzniku 1,38krát vyšší (nejilnější cut off), při změně teploty vzduchu o ± 15 % je riziko 1,36krát vyšší (nejilnější cut off). Pokud dojde ke změně tlaku vzduchu o více než 0,25 % nebo teploty vzduchu o více než 15 %, pak je riziko vzniku SPNO 1,43krát vyšší (statisticky významné). Tyto podmínky změn tlaku a teploty



vzduchu splňovalo 75 % všech zkoumaných případů SPNO. Pokud nastanou tyto změny současně, pak je riziko vzniku SPNO 1,39krát vyšší (statisticky významné). Tuto podmínku splňovalo 23 % všech zkoumaných SPNO. Vliv maximálního denního nárazu větru a výskytu bouřky na vznik SPNO se nepodařilo prokázat. Stejně tak nebyl prokázán rozdíl ve výskytu SPNO mezi jednotlivými měsíci v roce, resp. ročními obdobími.

Závěr: Změny tlaku a teploty vzduchu se mohou podílet na vzniku SPNO, nicméně nejsou zřejmě jediným vyvolávajícím faktorem ruptury blebsů či bul, neboť k nemalé části SPNO došlo v době bez významných změn těchto meteorologických ukazatelů a naopak v řadě dnů s jejich významnými změnami SPNO nevznikl. Přesnější informace by mohly přinést studie s více případy SPNO v kratším časovém období.

Podpořeno grantem MZ IGA NT14227.

IATROGENNÍ PERFORACE JÍCNU, MOŽNOSTI JEJÍHO OŠETŘENÍ

Přednášející:

J. Šiller, J. Flašar, L. Sákra, P. Vyhnaněk*

Chirurgická klinika, Pardubická krajská nemocnice, a.s. Interní klinika

Pardubická krajská nemocnice, a.s.(endoskopické pracoviště)*

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Úvod: Endoskopická vyšetření polykacích cest a zažívacího traktu bývají spojena s různými komplikacemi. Mezi nejzávažnější patří bezesporu perforační poranění, která mohou vést k ohrožení života pacienta. Na poranění jícnu mají podíl až v 60 %, se stále vysokou letalitou, která se pohybuje kolem 20 %. Perforace v oblasti hrudního jícnu je zatížena při pozdní diagnostice vznikem akutní mediastinitidy, která významně ovlivňuje morbiditu a rozhodovací proces v léčbě a pochopitelně zhoršuje prognózu nemocného.

Metoda: Samotný průběh vyšetření a bezprostřední obtíže po něm je nutné posuzovat jako varovné příznaky možné komplikace. Významný posun v diagnostice zaznamenalo CT vyšetření, které přináší i přesnější zobrazení okolních anatomických struktur oproti klasickému rtg kontrastnímu vyšetření. Indikace konzervativní léčby má svá přísná kritéria. Šetnější ošetření perforace spočívá v miniinvasivním postupu, endoskopickém naložení endoklipů nebo zavedení stentu. Chirurgická léčba zahrnuje možnost drenáže, přes suturu až po extenzivní výkon, ezofagektomii.

Výsledky: Prezentace úspěšně ošetřených nemocných s iatrogenním poraněním jícnu endoklipy a suturou perforačního otvoru.

Závěr: Perforace jícnu je nejzávažnější perforací v oblasti zažívacího traktu a způsob ošetření zůstává stále obtížný a kontroverzní. Volba terapie vychází z včasnosti diagnostiky, lokalizace poranění a rozvoje symptomatologie. Chirurgická intervence má stále zásadní význam v léčebném algoritmu. Významná je mezioborová spolupráce.

CHIRURGICKÉ ŘEŠENÍ POSTPNEUMONEKTOMICKÉ BRONCHOPLEURÁLNÍ PÍŠTĚLE, ALGORITMUS A KAZUISTIKA

Přednášející:

A. Peštál, I. Čapov, V. Jedlička, J. Doležel, Z. Chovanec, M. Benej

I.chirurgická klinika FN u sv. Anny a LF Masarykovy univerzity v Brně

Úvod: Vznik bronchopleurální píštěle po pneumonektomii představuje vážnou, život ohrožující pooperační komplikací. Její léčba musí být aktivní a včasná. Výskyt je popisován v četnosti od 2–12 %. Co do doby vzniku dělíme píštěle na časnou a pozdní. Mezi predilekční faktory vzniku píštěle jsou řazeny neodjuvanční chemo a radioterapie, chronické kuřáctví, CHOPN, chronická bronchitida, alkoholismus, kachexie, diabetes mellitus a další interní interkurence. Velmi závažný je vznik doprovodného pohrudničního empyému se všemi klinickými projevy.

Metody: Diagnostika píštěle se opírá o klinický, rtg, bronchoskopický a CT nálezy. Léčba dle svého efektu je prezentována celou škálou chirurgických postupů. Od hrudní drenáže, resutury, muskopleurálního flapu, omentoplastiky, založení pleurostomatu, vakuové terapie, až po náročnější muskulo a torakoplastiky. Součástí léčby je ATB, nutriční a další podpůrná farmakoterapie.



Výsledky: Autoři prezentují vlastní zkušenosti a kazuistiku pacienta s úspěšnou léčbou vleklé torpidní píštěle doprovázené empyémem a respiračním selháním s nutností UPV.

Závěr:

Velmi důležitá je prevence vzniku píštěle korektní chirurgickou technikou i předoperační přípravou. Léčba je aktivní, doprovodný empyém je život ohrožující komplikací.

VATS LOBEKTOMIE- TECHNIKA A TAKTIKA OPERACÍ

Přednášející:

P. Horažďovský¹, V. Hytych¹, Z. Konopa¹, A. Tašková¹, R. Pohnán², Š. Prachařová¹, M. Vašáková³

¹Oddělení hrudní chirurgie Thomayerovy nemocnice, primář: MUDr. Vladislav Hytych, Ph.D.

²Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN, přednosta: plk. prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

³Pneumologická klinika 1. LF UK a TN, přednosta: prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc.

Cílem chirurgické léčby plicních nádorů je radikální resekce, která poskytuje nemocným šanci na vyléčení a dlouhodobé přežití. Klasické (otevřené) plicní resekce jsou již od poloviny 20. století standardem v léčbě I. a II. stadia nemalobuněčného plicního karcinomu. V posledních dvaceti letech stále více pracovišť po celém světě provádí i miniinvazivní plicní resekce. Jestliže však jsou VTS a VATS operace plně akceptovány v léčbě a diagnóze benigních onemocnění plic, pleury a mediastiny, panuje stále určitá zdrženlivost pro využití VATS operací pro plicní karcinom, přestože první VATS lobektomii provedl v Itálii Giancarlo Roviario již v roce 1991.

Mezi výhody VATS resekcí patří snížení pooperační bolesti, menší imunologická zátěž, zkrácení doby drenáže, hospitalizace a celkové doby rekonvalescence.

V současnosti se za VATS lobektomii považuje anatomická plicní resekce provedená s použitím videotorakoskopické sestavy s nebo bez pomocné pracovní incize, bez použití rozvěrače žeber a se separátním ošetřením jednotlivých struktur plicního hilu. V tomto případě neslouží videotorakoskop pouze k osvětlení operačního pole, ale k jeho plné vizualizaci na monitoru endoskopické sestavy. Lobární bronchus uzavíráme nejčastěji endoskopickým staplerem, k ošetření plicních cév můžeme použít endoskopické staplery nebo cévní zamykatelné klipy – ať již plastové, nebo titanové. Pokud operujeme s využitím pracovní incize, tzv. asistovaná VATS lobektomie, lze provést i klasickou ligaturu cévy nebo suturu bronchu.

Autoři vycházejí z vlastních zkušeností a popisují techniku a taktiku miniinvazivních plicních resekcí.

Práce vznikla s podporou grantu NT 14406-3/2013 Ministerstva zdravotnictví ČR.

ÚSKALÍ STAGINGU A RESTAGINGU STADIA III. NEMALOBUNĚČNÉHO KARCINOMU PLIC (NSCLC) V INTENCÍCH AKTUÁLNÍCH DOPORUČENÍ ESTS A NAŠICH ZKUŠENOSTÍ

Přednášející:

M. Benej¹, I. Čapov¹, V. Jedlička¹, A. Peštál¹, J. Doležel¹, Z. Chovanec¹, R. Benej²

¹ I. Chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně, ČR

² Klinika hrudníkové chirurgie FN sP BA – Ružinov, Bratislava, SR

Východiska: Problematika nodálního statusu se jeví jako kruciólní a je jednou z nejvíce kontroverzních částí komplexní terapie nemalobuněčného karcinomu plic (NSCLC). Je to podmíněno zejména složitostí a heterogenitou lymfatického systému plic a existencí „skip metastáz“, která neumožňuje přesnější predikci eventuální metastatické diseminace bronchogenního karcinomu do jednotlivých etážů lymfatických uzlin (nejenom) mezihrudí. I proto je koncepce sentinelové uzliny u karcinomu plic již překonána. Pacienti s postižením uzlin etáže N2 a N3 primárně neprofitují z primární chirurgické léčby, a jsou proto selektováni k iniciální onkologické terapii. Výpočetní tomografie (CT) a pozitronová emisní tomografie (PET) jsou zlatým standardem v hodnocení nodálního statusu, avšak senzitivita, specifita a zejména negativní prediktivní hodnota je nízká. Z toho tedy plyne, že negativita zobrazovacích metod nepotvrzuje, avšak ani nevyvrací možnost postižení uzlin mediastina a dokládá tak nutnost jejich invazivního vyšetření. V současnosti jsou cervikální videomediastinoskopie (VMSC) a videotorakoskopie (VATS) ústředním pilířem v hodnocení rozsahu onemocnění NSCLC. Bronchoskopická nebo transezofageální biopsie uzlin navigovaná ultrazvukem (EBUS, EUS) jsou semiinvazivní techniky s porovnatelnou výtěžností s chirurgickými metodami. Jejich klinická implementace je vzhledem k technické obtížnosti a materiální náročnosti pomalá. I přes nesporné výhody výše uvedených metod je



zejména chirurgický staging spojený s následnou fibrózní přestavbou pojiva, které redukuje nebo úplně znemožňuje restaging onemocnění u pacientů s verifikovaným N2 statusem po iniciační neoadjuvatní terapii. Podobné jizevnaté změny lze pozorovat i jako důsledek indukční terapie. Důsledkem toho je, že remediastinoskopie je významně technicky náročnějším postupem s vyšší morbiditou a nižší výtěžností, a proto se již na mnoha pracovištích neprovádí. Vzhledem k lokalizaci procesu v okolí magistralních struktur komplikace není možné pokládat za zanedbatelné. Mohou nemocného přímo ohrozit na životě.

Cíl práce: Jedná se o přehledovou práci zaměřenou na problematiku stagingu, restagingu a koncepci nodálního statusu u III.A–III.B (T1-3 N2-3a) stadia nemalobuněčného karcinomu plic (NSCLC) z pohledu chirurga s prezentací našich výsledků a zkušeností v intencích aktuálních doporučených postupů.

Závěr: Chirurgické metody sloužící k stagingu NSCLC mají vysokou výtěžnost a prakticky nulovou morbiditu a mortalitu. Problematika restagingu a interpretace výsledků u pokročilých stadii NSCLC s perzistujícím N2 statusem s eventuální snahou o radikální chirurgickou léčbu je kontroverzní. Neexistuje proto jednotný názor na problematiku chirurgické terapie po neoadjuvatní terapii se stacionárním N2 postižením, avšak primárně operabilním nálezem. Rovněž randomizované studie potvrzují difference v celkovém přežívání při multietážovém a monoetážovém N2 postižení. V současné době je široce diskutována i otázka „downstagingu“ N3a stadia NSCLC a snaha o následnou onkologicky radikální chirurgickou terapii. V současné době představuje problematika stagingu, restagingu a hodnocení nodálního statusu nemalobuněčného karcinomu plic multioborový „problém“ s nutností individualizace přístupu k jednotlivému nemocnému.

RARITNÍ, NEOČEKÁVANÉ HISTOPATOLOGICKÉ NÁLEZY V CHIRURGII PLIC, HRUDNÍ STĚNY A MEDIASTINA, ÚSKALÍ JEJICH HODNOCENÍ

Přednášející:

S. Trča, S. Černohorský, S. Čermák, Z. Krška

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

Úvod: V současné době je vytvořena histopatologická klasifikace benigních i maligních epitelových, mesenchymálních bronchogenních nádorů, nádorů pleury, hrudní stěny i mediastina.

Metody a výsledky: Jsou zvládnuty technologie imunohistochemického zpracování, cytologické analýzy. Patolog je v drtivé většině případů schopen nádor klasifikovat, stanovit grading. Za okolnosti, které mohou možnost tkáňové analýzy, a tedy rozhodování kliniky ztížit, jsou považovány: podání systémové onkologické terapie s možností změny morfologie primárního nádoru a ztížení posouzení metastatického procesu u pozdních metastáz x vznik duplicitního nádorového onemocnění, dále inhomogenita buněčné populace v rámci celé nádorové masy, respektive možnost vzniku reaktivní nenádorové pseudokapsuly kolem neoplazmatu – zejména u hemo či lymfoproliferačních onemocnění. To pak může ztěžovat zajištění reprezentativního vzorku pro tkáňovou analýzu a další rozhodování. V neposlední řadě pak může být diagnostikován raritní nález tumorózní či pseudotumorózní léze, který se může vymykat stávající klasifikaci.

Závěr: Autoři předkládají vlastní kazuistická sdělení dokumentující polymorfii histopatologických obrazů.



Pátek 17. října 2014

Blok V: 16.00 – 17.30 hod; Kongresový sál

Hojení ran

AKTUÁLNÍ OTÁZKY TRESTNÍ ODPOVĚDNOSTI PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Přednášející:

Mgr. Bc. Karel Cibulka

Nejvyšší soud České republiky

Trestní právo a jeho prostředky musí být také v oblasti zdravotnictví používány výjimečně a jen v případech natolik společensky škodlivých, ve kterých nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle právních předpisů jiných odvětví práva. V přednášce jsou zdůrazněny některé otázky trestní odpovědnosti (viz níže), které se vztahují k poskytování zdravotní péče. Výklad je současně doplněn o vybraná rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, ve kterých se posuzovala trestní odpovědnost lékaře či zdravotníka v souvislosti s pochybeními při provádění chirurgického zákroku.

1. Trestný čin jako základ trestní odpovědnosti (zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů – TrZ)

Odpovědnost za zaviněný protiprávní čin, který trestní zákon výslovně označuje za trestný čin a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně (§ 13 TrZ).
Odpovědnost za konání (způsobení smrti, újmy na zdraví – § 143, § 147 a § 148 TrZ) nebo za opomenutí (neposkytnutí pomoci – § 150 TrZ).

2. Použití zásady subsidiarity trestní represe (§ 12 odst. 2 TrZ) a pravidla „ultima ratio“

Pojem společenské škodlivosti činu a uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu.

[Stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu k výkladu ustanovení § 12 odst. 2 TrZ o zásadě subsidiarity trestní represe, včetně výkladu pojmu společenská škodlivost činu a výkladu aplikace principu „ultima ratio“ (uveřejněné pod č. 26/2013 Sb. rozh. tr.).]

3. Některé trestné činy při poskytování zdravotní péče

Přečiny proti životu a zdraví (zejména ustanovení § 143, § 147, § 148 a 150 TrZ) jako typově nejčastější trestné činy spáchané ve zdravotnictví.

4. Vybraná rozhodnutí Nejvyššího soudu k pochybení v chirurgii

Nesprávné provedení tahové cerkláže s Kirschnerovými dráty (sp. zn. 4 Tdo 241/2009 z 20. 05. 2009).

Neprovedení revize operační rány po operaci stehenní tepny žilním štěpem (sp. zn. 8 Tdo 1360/2008 z 19. 11. 2008).

Ponechání operační roušky v dutině břišní (sp. zn. 8 Tdo 455/2008 z 23. 04. 2008).

(Texty anonymizovaných rozhodnutí jsou dostupné na www.nsoud.cz.)

ENDOSCOPIC VACUUM THERAPY FOR DEFECTS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

Lectures:

M. G. Laukoetter, T. Vowinkel, M. Colombo-Benkmann, N. Senninger, R. Mennigen

Department of General and Visceral Surgery, University Hospital Muenster, D-48149 Muenster, Germany

Background: Emergency operations for perforations and anastomotic leakage of the upper gastrointestinal tract are associated with a high overall morbidity and mortality rate. The management of anastomotic leakage and iatrogenic esophageal perforation has shifted over recent decades from aggressive surgery to conservative and, recently, endoscopic therapy alternatives. An endoscopic vacuum therapy (EVT) has been established successfully for anastomotic leakage after rectal resection but only limited data exist for EVT of the upper GI tract.

Methods: Between February 2010 and January 2014, 31 patients (21 men and 10 women, ages 50–82 years) were treated with endoscopic vacuum therapy for anastomotic insufficiency secondary to esophagectomy or gastrectomy (n = 23), iatrogenic esophageal perforation (n = 4), accidental perforation (n = 1), Boerhaave's syndrome (n = 2), and perforation of cancer (thyroid gland) (n = 1). After endoscopic diagnosis of a major leakage



or perforation, polyurethane sponges were endoscopically positioned in the wound cavity of the defect. Continuous suction was applied via drainage tubes fixed to the sponges. Initially sponges were endoscopically changed three times per week.

Results: After one to twenty-nine changes of the sponge at intervals of 3–5 days with a median of 8 sponge changes and a mean therapy duration of 29 days, the defects were healed in 94% of all the surviving patients. During treatment, the patients were fed via an intestinal tube or enterally past the sponge. No revision laparotomy was necessary at the beginning of treatment. No postinterventional stricture or functional relevant scar formation was observed during the follow-up period after termination of the vacuum therapy.

Conclusion: Esophageal anastomotic insufficiency and esophageal wall defects of other causes can be treated successfully with endoscopic vacuum sponge therapy. Endoscopically assisted vacuum therapy is a well-tolerated and effective therapeutic option for treatment of major esophageal or gastric leaks.

VYUŽITÍ PODTLAKOVÉ TERAPIE PŘI UZÁVĚRU DERMATOFASCIOTOMIE PRO KOMPARTMENT SYNDROM BÉRCE

Přednášející:

M. Petráš, D. Ira, M. Krtička, M. Mašek

Klinika úrazové chirurgie FN Brno a LF MU

Úvod: Fasciotomie může ovlivnit další rekonstrukční výkony měkkých tkání a rovněž délku pobytu pacienta na lůžku. Primární uzavření defektu po fasciotomii má za následek lepší funkční a estetické výsledky s menším výskytem komplikací.

Cíl: Zhodnocení přínosu podtlakové terapie (PT) při uzávěru dermatofasciotomie pro kompartment syndrom bérce.

Materiál a metodika: Retrospektivní studie, hodnocen soubor 29 pacientů ošetřených v Traumacentru FN Brno v letech 2007–2012, kteří podstoupili fasciotomii na bérce. Soubor byl rozdělen do 2 skupin. Skupina 1–16 pacientů, podstoupila uzavírání fasciotomie pomocí PT s využitím elastické ligatury. Skupina 2–13 pacientů, podstoupila uzavírání fasciotomie pomocí polyuretanového COMu. Definitivní uzávěr defektu po fasciotomii byl proveden suturou nebo v případě nemožnosti provedení sutury byl použit ke krytí defektu kožní štěp.

Výsledky: Z celkového počtu fasciotomií byla významně vyšší míra definitivního uzávěru pomocí sutury u pacientů ošetřovaných pomocí PT oproti pacientům ošetřovaným pomocí polyuretanového COMu. Celkový čas od provedení fasciotomie k definitivnímu uzávěru suturou nebo kožním štěpem byl kratší u pacientů ošetřených pomocí PT. U pacientů s využitím PT byl rovněž menší počet převazů.

Závěr: PT nabízí řadu výhod pro ošetření pacientů s fasciotomií. Sutura defektu po fasciotomii a kratší čas pro celkovou dobu léčby zkracuje dobu hospitalizace a umožňuje dřívější rehabilitaci, což vede ke větší spokojenosti pacienta.

ZKUŠENOSTI S APLIKACÍ PRODUKTŮ Hcel®

Přednášející:

J. Podlaha¹, M. Horáková², J. Vyřasová³, R. Masteiková⁴, T. Sopuch⁵

¹Chirurgická klinika FN Brno a LF MU

²Chirurgická a cévní ambulance Šlapanice

³Katedra biologických a biochemických věd, Fakulta chemicko-technologická, Univerzita Pardubice

⁴Ústav technologie léků, Farmaceutická fakulta, Veterinární a farmaceutická univerzita Brno

⁵Holzbecher, spol. s r. o., barevna a bělidlo Zlín

Úvod: Inovace krytí Hcel® spadá do vlhké terapie doporučované v poslední době. Rozšiřuje spektrum prostředků použitelných pro lokální terapii ran.

Metody: Vlastnosti výrobku jej předurčují k využití v mnoha oblastech. Jeho aplikace je jednoduchá. Po umístění krytí Hcel® HT na plochu rány tamponuje drobné krvácející zdroje a urychluje hojení rány. Působí zmenšení ztrát bílkovin a eliminuje i projevy infekce vybraných bakterií (*P. aeruginosa*, *E. coli*, *S.*



aureus a *K. pneumoniae* s výjimkou kvasinky *C. albicans*). Hcel[®] HT na rozdíl od nesubstituované bavlny a Hcel[®] NaT vykazuje nízké hodnoty pH nasáklého krytí (cca 4), které se po dobu 1 týdne téměř nemění. Hcel[®] HT maxima nasákavosti (cca 10násobku oproti suchému stavu) dosáhne během cca 3 dnů, pak se již nemění.

Výsledky: Celkem bylo hodnoceno 40 případů u 39 pacientů. U 1 pacienta bylo použito jak krytí Hcel[®] HT, tak krytí Hcel[®] NaT. U 10 případů bylo použito krytí Hcel[®] NaT. Toto krytí bylo zvláště vhodné pro rány vyžadující vyšší míru absorpce eksudátu, nebo krve. Vytvářelo gelující formu krytí. U 20 případů bylo použito krytí Hcel[®]HT. Toto krytí se jeví jako nejlepší. Bylo nejméně dráždivé a nejlépe dlouhodobě snášené. 10 případů krytí Aquacel Ag bylo kontrolní skupinou.

Závěr: Za 3 roky klinického používání mohu prohlásit a dokladovat u léčby nehojících se chronických a akutních krvácejících ran při použití krytí Hcel[®], že Hcel[®] HT ve formě textilního obvazu je krytím, které zlepšuje a urychluje hojení. Zastavuje drobné krvácející zdroje. Působí zmenšení ztrát bílkovin a eliminuje projevy infekce u vybraných bakterií. Eliminací infekce je odstraněn i zápach z ran. Hcel[®] NaT zlepšuje a urychluje hojení ran, zastavuje drobné krvácející zdroje a působí zmenšení ztrát bílkovin. Na rozdíl od Hcel[®] HT tvoří gelující formu z příčiny vyšší míry absorpce eksudátu. Defektu tak zaručuje výraznější vlhkost než u typu Hcel[®] HT. Během klinického použití nedošlo k alergickému ani jinému typu negativní reakce. Subjektivně pacienti nepociťovali negativní senze. Mohu prohlásit, že došlo ke zklidnění stavu a zvýšení komfortu v pocitech při hojení.



Pátek 17. října 2014

Blok: 9.00 – 11.45 hod; Moravský sklípek

Hojení ran

SEPSE V CHIRURGICKÝCH OBORECH

Přednášející:

MUDr. Jan Hruďa, Ph.D.

Anesteziologicko-resuscitační klinika FN u sv. Anny v Brně

Výskyt sepse a septického šoku u chirurgických pacientů trvale stoupá. Ačkoli mortalita sepse v posledních desetiletích poklesla, stále je několikanásobně vyšší než průměrná mortalita v pooperačním období, která se podle studie EuSOS pohybuje kolem 4 %. Sepse navíc zůstává hlavní příčinou smrti na jednotkách intenzivní péče.

Sdělení podává stručný přehled současného pohledu na patofyziologii sepse a v současnosti doporučovaných terapeutických postupů.

BAKTERIÁLNÍ INFEKCE VYVOLANÉ MULTIREZISTENTNÍMI KMENY – TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI V SOUČASNOSTI

Přednášející:

MUDr. Renata Tejkalová

Mikrobiologický ústav LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Terapie infekčních onemocnění hospitalizovaných pacientů je v současnosti stále více komplikována narůstající bakteriální rezistencí a čím dál více omezenými možnostmi adekvátní antibiotické terapie. Tento trend je pozorován celosvětově.

Jedná se o vážný problém, který komplikuje a prodražuje hospitalizaci a kromě toho působí výrazné obtíže z epidemiologického hlediska. Objevují se bakteriální kmeny s novým, mnohdy ještě nebezpečnějším typem rezistence, a to u gram pozitivních i gram negativních bakterií. Dnes se vyskytují už i kmeny rezistentní ke všem dostupným antibiotikům. Pacientů, u kterých se polyrezistentní bakterie vyskytují, stále přibývá, a v nemocnicích tak nastává problém s jejich izolací. Bohužel rezistentní bakteriální kmeny mnohdy kolonizují i jedince v komunitě, a to bez jakékoliv souvislosti s jejich předchozím pobytem v nemocnici.

Další významnou infekční komplikací přestavuje zvyšující se výskyt enterokolitid vyvolaných kmenem *Clostridium difficile*. V poslední době se jedná o jeden z nejčastějších původců průjmů infekčního původu u hospitalizovaných pacientů. Spóry klostridií jsou totiž velice odolné vůči běžným dezinfekčním prostředkům a dokáží zamořit prostředí, v němž nemocný člověk pobýval na dlouhou dobu. Také rezistence tohoto mikroba pomalu narůstá, a tím pádem se mění doporučení pro adekvátní terapii.

Přednáška přináší aktuální data o výskytu bakteriální rezistence v naší republice (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) a pohled na terapeutické možnosti v současnosti.

OPTIMALIZACE PRACOVNÍCH POSTUPŮ ZVYŠUJE BEZPEČNOST PACIENTA

Přednášející:

P. Havlíček

HARTMANN-RICO a.s.

Studie, kterou společně s BODE SCIENCE CENTER (vědecko-výzkumným centrem společnosti HARTMANN) provedla Univerzitní klinika Hamburg-Eppendorf, ukázala, že vytvořením jasných a srozumitelných pracovních postupů lze zvýšit compliance činností, které jsou důležité pro ochranu pacienta před nosokomiálními infekcemi (NI).



Autoři studie nejdříve shromáždili všechna doporučení týkající se prevence NI, která uvádějí WHO, CDC a RKI, a vybrali z nich ta nejdůležitější pro bezpečnost pacienta. Poté je implementovali do obvyklého pracovního postupu (v případě studie to bylo zavádění periferního žilního katetru). Srovnáním výsledků při pozorování zdravotníků před intervencí (zahrnovala školení, nácvik na figuríně, letáky, e-learning, zpětnou vazbu) a po ní se ukázalo, že došlo k výraznému zvýšení compliance hygienických opatření. Důležitým zjištěním bylo také to, že zdravotníci tuto intervenci a změnu postupu přijali kladně.

Na základě pozitivních výsledků studie byly optimalizovány další pracovní postupy, např. převaz rány či hygienické zabezpečení pacienta. Ve sdělení bude podrobně prezentován optimalizovaný postup při převazu rány.



Pátek 17. října 2014

Blok: 14.00 – 16.00 hod; Moravský sklípek

Hojení ran

EKONOMIKA PŘEVAZŮ

Přednášející:

Kateřina Krejsová, Doc. MUDr. Lenka Veverková, Ph D.

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny a LF MU v Brně

Břišní, musí být orgány kryty dočasnou náhradou. Tento proces je nejen časově ale i finančně velmi náročný. Možnosti chirurgického uzávěru „open abdomen“ jsou různé, od použití roušek, folií, sítěk, kombinovaná obvazová textilie (COM), sendvičové techniky atd. V posledních letech se uplatňuje i metoda léčby negativním tlakem (NPWT) s použitím dynamických sutur. Metoda NPWT urychluje proces hojení. Poskytuje výhody medicínské, snížení bakteriální kolonizace a tím snížení spotřeby ATB, zvýšení prokrvení, snížení otoku tkání aktivním odstraněním intersticiální tekutiny. Značné výhody jsou i na straně ošetrovatelské, předcházení macerace v okolí rány, odpadají opakované převazy a tím se šetří čas personálu, včetně péče o čistotu lůžka a v neposlední řadě nesporně nabízí pozitiva i pacientům. Možnost časně rehabilitace, není nutné používat břišní pás, pacient má možnost sprchování, což při jiných metodách léčby není nemožné.

Metody a výsledky: Od června 2011 do prosince 2012 jsme ošetřovali 14 nemocných pro defekty břišní stěny po chirurgickém výkonu. U těchto pacientů byly použity k uzávěru dutiny břišní techniky COM a NPWT. Hodnotili jsme pozitiva i negativa obou typů léčby včetně ekonomické náročnosti – srovnávali jsme léčbu oběma metodami s vyčíslením jen přímých nákladů, náklady nepřímé včetně času ošetrovatelské péče jsme do ceny převazu nezahrnovali. Cena za jeden den léčby při převazu COM činila 1 122 Kč, zatímco cena za jeden den léčby při převazu NPWT činila 900,80 Kč.

Závěr: Léčba laparostomie je dlouhodobá a nákladná, vyžaduje specializovanou komplexní multioborovou spolupráci. NPWT je plně indikovanou léčebnou metodou. Profit z této terapie mají nejen pacienti, zlepšení kvality života a zkrácení dobu hospitalizace, ale i ošetroující personál.

INFEKCE CÉVNÍHO ŠTĚPU V KARDIOCHIRURGII – V.A.C. ULTAVAC TERAPIE

Přednášející:

MUDr. Radovan Jursa, MUDr. Jiří Bárta

FN Ostrava

Během šestnácti let bylo na našem pracovišti provedeno 372 výkonů na vzestupné aortě a aortálním oblouku. Jedenáct z nich bylo komplikováno hlubokou sternální infekcí a infekcí cévního štěpu. Tyto podmínky představují velmi vážné a většinou fatální komplikace. Pouze 4 pacienti byli zachráněni. V přednášce se autoři zabývají úspěšně léčenými případy. Všichni čtyři pacienti byli léčeni bez odstranění implantovaného štěpu. Ve všech úspěšných případech byla použita i podtlaková terapie hojení ran.

Bylo použito několik druhů řešení komplikací – avšak neúčinnější volbou se zdá radikální debridement infikované tkáně obklopující vaskulární štěp a instilační podtlakové terapie – V.A.C. UltaVac – VeraFlo Cleanse dressing.

NPWT DECREASES INFECTION IN WOUND

Přednášející:

L. Veverková, I. Čapov, V. Jedlička, J. Žák

I. chirurgická klinika, FNUSA, Brno

Aim: NPWT represents a well-established method in the treatment of both chronic and acute wounds. During the 7 years we have applied this method in more than 120 cases. The benefits of NPWT are clearly demonstrable. Nevertheless, the question if NPWT should also be used on infected wounds remains open.



Methods: Infected wounds are defined as having a bacterial population size of 10⁵ colony forming units per gram of tissue. Most wounds are either “contaminated” or colonized by bacteria which are not necessarily associated with tissue invasion. Infected wounds were diagnosed clinically through the typical signs and symptoms. In the period between January 2010 and December 2013 we observed 70 patients with infected defect who were treated using NPWT. The cultivated material from the wound was collected prior application of NPWT. The control collection was taken after commencement of treatment and after its termination. All collections were carried out by means of collection swabs.

Results: Prior commencement of the NPWT therapy, in 70 patients there were 71% wounds with demonstrable positive cultivation finding. After start of the treatment, this percentage significantly decreased by almost a half to 40%. Nevertheless, after termination of therapy the wound infection again increased in 48% patients. The most frequent infection agent was staphylococcus aureus.

Conclusions: NPWT can be used in wide range of cases and currently represents a favourite treatment method both for the patients and the medial professionals. Our Study showed that NPWT reduces the bacterial load in wound. For this reason it can be recommended for use also in infected exuding wounds

MANAGEMENT BOLESTI NA CHIRURGICKÉ JIP

Přednášející:

Mgr. Eva Veverková, Lenka Rychlíková

I. chirurgická klinika JIP, VFN Praha

Úvod: V ČR se uskuteční každý rok asi 800 000 operačních výkonů. Ve většině případů lze očekávat různě intenzivní pooperační bolest. Strach z pooperační bolesti patří mezi časté obavy pacientů chystajících se k operaci.

Obsah: Na našem pracovišti jsou nejčastěji hospitalizováni pacienti po rozsáhlých břišních a hrudních operacích. U těchto pacientů se setkáváme s různou intenzitou pooperační bolesti. V přednášce se budeme věnovat akutní pooperační bolesti a bolesti procedurální. Adekvátní léčba bolesti má za cíl zmírnit utrpení, umožnit časnější rehabilitaci, zkrátit dobu hospitalizace, snížit pooperační komplikace a zmenšit riziko chronické pooperační bolesti.

Závěr: Kvalitní pooperační analgezie zlepšuje celkové výsledky operační léčby.

DIAGNOSTIKA TRAUMAT U PACIENTŮ S PORUCHOU VIGILITY A KOGNICE

Přednášející:

A. Pokorná, S. Chlupová

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství

Úvod: Vysoký počet traumatizovaných pacientů přichází do zdravotnického zařízení se změněným vědomím či vnímáním. Poruchy vědomí mohou být způsobeny mechanismem úrazu, požitím návykových látek (zejména alkoholu) apod. Lékař i sestra musí akceptovat aktuální stav nemocného a přizpůsobit mu nejen komunikaci, ale celý proces získávání anamnestických dat, volbu vyšetřovacích metod apod. Cílem studie bylo zjistit, zda se u pacientů ve spojitosti s přechodně změněným vědomím liší diagnostický algoritmus a zda provedená diagnostika má prognostický vliv na další průběh terapie a celkového zdravotního stavu pacienta.

Metodika: Prospektivní studie – sběr definovaných informací u ošetřených pacientů ve FN Brno na traumatologické ambulanci s využitím kontrolní skupiny (retrospektivní analýza dat v dokumentaci). První skupina (n = 334) – prospektivně sledovaní pacienti s poruchou vigility a kognice za období čtyř měsíců (diagnóza otřes mozku či ebieta, bez ohledu na věk a pohlaví). Kontrolní skupina pacienti bez poruchy vigility a kognice ošetřeni ve stejném období s akutním úrazem.

Závěr: Existují statisticky významné rozdíly ve vyšetřovacím algoritmu pacientů dle denní doby (neurologické vyš.: P = 0,007; USG: P = 0,041; laboratorní vyš.: P = 0,003). Ověřena byla závislost mezi projevy agresivity a přítomností alkoholu v krvi pacienta (P ≤ 0,00%) dle Overt Aggression Scale (OAS). Obecně se algoritmus vyšetření neliší u pacientů v ebietě a bez (P = 0,450). Provedení CT je ale statisticky významně častější u pacientů s přítomností alkoholu (P ≤ 0,00), rovněž jako neurologické vyšetření, které je častěji prováděno u pacientů pod vlivem alkoholu (P ≤ 0,00).



Sobota 18. října 2014

Blok VI.: 9,00 – 10,30 hod; Kongresový sál

Varia, Mladí chirurgové do 35 let + studenti DSP

PROFYLAXE TEN Z POHLEDU EBM, COST-EFFECTIVENESS ANALÝZA

Přednášející:

M. Sirový, J. Pospíšil

Chirurgické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín a.s.

Autoři ve své práci shrnují současné poznatky v profylaxi tromboembolické nemoci v chirurgii a traumatologii na podkladě evidence based medicine. Prezentují své cost – effectiveness analýzy v souvislosti se současnými trendy v profylaxi tromboembolické nemoci.

EVROPSKÁ DOPORUČENÍ PRO UZÁVĚR LAPAROTOMIE

Přednášející:

B. East¹, J. Hoch¹, F. Muysoms², Bonham Guidelines Group

¹Chirurgická klinika 2. LF UK a FNM, Praha

²Department of General Surgery, AZ Maria Middelares, Ghent, Belgie

Úvod: Materiál a technika uzávěru laparotomie jsou důležitými determinanty rizika vzniku kýly v jizvě. Optimalizací tohoto kroku při nitrobřišních výkonech je možno zabránit rozvoji kýly u části pacientů a ušetřit tak i značnou část zdravotních výdajů.

Metody: Evropská kýlní společnost sestavila pracovní skupinu s úkolem vytvořit na základě doposud publikovaných studií doporučení, jakou technikou a jakým materiálem uzavřít laparotomii po různých chirurgických výkonech. Tato doporučení byla vytvořena pomocí nástrojů a metodologických pomůcek GRADE, SIGN a AGREE II. Do analýzy byly zahrnuty všechny publikace zveřejněné do konce dubna 2014. Revize je plánovaná na rok 2017.

Výsledky: Vzhledem k nedostatku kvalitních publikací jsou jen některá doporučení silná. Je zřejmé, že ke snížení počtu kýly v jizvě by vedlo omezení středočárových laparotomií. Zároveň je to však jediná laparotomie, jejíž uzávěr byl extenzivně studován. Měla by být uzavírána pokračujícím monofilamentním stehem. Stehy by měly být nejlépe pomalu vstřebatelné, nikdy ne rychle vstřebatelné, a měly by zabírat pouze aponeurózu. Uzávěr peritonea vede k vyššímu výskytu chronické bolesti v ráně, ale na pevnost jizvy nemá pozitivní vliv. Jako nejvýhodnější se jeví velmi malé kroky s dodržení poměru délky vlákna a rány alespoň 4 : 1. Při dodržení tohoto postupu není nutné používat dvojité stehy. U rizikových pacientů se zdá bezpečné a efektivní profylaktické použití sítky. O uzávěru akutních laparotomií zatím neexistuje dostatek publikací. Pro laparoskopické výkony je správné používat co nejmenší trokary a uzavírat rány po trokarech 10 mm a větších. SILS vede k většímu počtu kýly než běžná laparoskopie.

Závěr:

Medicína založená na důkazech a v soulase s tím i doporučení Evropské kýlní společnosti říká, že by plánované laparotomie měly být uzavírány pouze za fascii, technikou malých kroků s dodržení pravidla 4 : 1, pomalu vstřebatelným monofilamentním stehem.

MIKROBIÁLNÍ ETIOLOGIE TORPIDNÍCH RANNÝCH INFEKČÍ V CHIRURGII, SROVNÁNÍ STĚROVÉ A NEPŘÍMÉ OTISKOVÉ METODY V CHIRURGICKÉ PRAXI

Přednášející:

Z. Chovanec¹, L. Veverková¹, M. Votava², J. Svoboda², I. Čapov²

¹Chirurgická klinika LF MU a Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně

²Mikrobiologický ústav LF MU a Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně

Úvod: Cílem naší retrospektivní studie bylo srovnání dvou neinvazivních technik odběru materiálu na mikrobiologické vyšetření v chirurgické praxi. Srovnávali jsme vykultivané bakterie ze vzorků získaných technikou stěrového tamponu, definovanou v naší studii jako „zlatý standard“, s technikou nepřímého otisku.



Materiál a metodika: K provedení stěrů byly použity stěrové tampony vyráběné italskou firmou COPAN, nepřímý otisk byl proveden za pomoci filtračního papíru Whatman 4 o rozměru 5 x 5 cm uloženém na krevním agaru v Petriho misce. Ke kultivaci mikroorganismů v mikrobiologické laboratoři byl použit krevní agar, půda UriSelect 4 a půda s NaCl (slaný krevní agar). Po debridementu byl odebrán vzorek z povrchu rány setřením stěrovým tamponem a následně byl proveden otisk téhož ranného povrchu na připravený filtrační papír. Vzorky byly zpracovány v mikrobiologické laboratoři za standardních kautel. Kultivační výsledky obou technik byly statisticky zpracovány pomocí kontingenčních tabulek a McNemarova testu. Podrobněji byly zpracovány vzorky současně kultivačně pozitivní na otisku a negativní na stěru.

Výsledky: V období od října 2008 do ledna 2014 bylo zpracováno 177 vzorků od 70 vyšetřených pacientů. Odběr byl proveden u 42 mužů a 28 žen. 146 vzorků bylo z ran po chirurgickém zákroku (21 vzorků od 6 pacientů po operaci dutiny hrudní, 73 vzorků od 35 pacientů po operaci dutiny břišní spojenou s operací gastrointestinálního traktu, 52 vzorků od 19 pacientů z ostatních výše nezařazených pooperačních ran) a 31 vzorků od 11 pacientů s neoperační ránou. U jednoho pacienta byl odebrán vzorek jak z operační, tak z neoperační rány. Nejčastějším kultivačním nálezem obou technik byl shodně sterilní nález. Nejčastěji vykultivovaným mikroorganismem po použití výtěrky (stěru) byla *Pseudomonas aeruginosa* (ve 22 případech) ve srovnání s filtračním papírem (otiskem) *Escherichia coli* (v 31 případech). Otisková technika byla vyhodnocena jako citlivější technika oproti stěru na hladině statistické významnosti $P = 0,0001$. Výsledek otiskové techniky je navíc semikvantitativní, získáváme informaci nejenom o druhu kultivovaného mikroorganismu ale i o počtu životaschopných kolonií na jednotce plochy. Ze 177 vzorků bylo 53 vzorků současně negativních na výtěru a pozitivních na otisku. U 3 vzorků nebyla určena denzita (mikrobiální nálož), 22 vzorků zachytilo kolonie v rozmezí 0 až 25×10^1 , 20 vzorků v rozmezí 25×10^1 až 25×10^2 , 5 vzorků v rozmezí 25×10^2 – 25×10^3 a 3 vzorky s náloží více než 25×10^4 CFU/cm².

Závěr: Kultivační výsledek získaný pomocí otiskové metody v naší studii přináší statisticky významně přesnější informaci ohledně kultivačního nálezu, nežli výsledek získaný pomocí stěrové techniky na hladině významnosti $P = 0,0001$.

Nepřímá otisková technika s filtračním papírem jako přenosovým médiem k odběru vzorku na kultivační vyšetření je neinvazivní, nebolestivá a relativně snadně proveditelná diagnostická metoda se semikvantitativním výsledkem. Získáváme informaci nejenom o druhu mikroorganismu, ale i o náloži, tedy počtu vykultivovaných životaschopných kolonií na jednotku plochy povrchu rány.

Nevýhodou je relativně krátká expirace Petriho misky s krevním agarem. Výhodou otiskové techniky je možnost sledovat dynamiku mikrobiální populace v ráně v reálném čase a dle potřeby adekvátně reagovat změnou lokální antiseptické terapie.

Pokud budeme uvažovat hranici mezi kritickou kolonizací (infekcí) a kontaminací 10^4 a více CFU/cm², musíme konstatovat, že 94 % vzorků v naší studii je kolonizovaných. Validitu informace mikrobiální nálože otisku lze objektivně hodnotit pouze ve srovnání s jinou kvantitativní technikou, což nebylo náplní naší práce. Otisk je citlivější vyšetřovací metoda oproti stěru a tudíž dle výsledků námi provedené studie jej doporučujeme k rutinnímu použití v chirurgické praxi.

Klíčová slova: rána, infekce, odběr ke kultivaci, otisková technika, mikrobiální nálož, kritická kolonizace

SROVNÁNÍ SYSTÉMOVÉ A LOKÁLNÍ LÉČBY NSA

Přednášející:

M. Řehula

Interní ambulance, Křižkova, Brno

Prezentace se věnuje z větší části metaanalýze publikované v databázi Cochrane a komentované v časopise Evidence Based Medicine, jejímž cílem bylo zhodnocení účinnosti a bezpečnosti lokálních NSA v porovnání s perorálními NSA u chronických onemocnění, zejména osteoartrózy. Do metaanalýzy bylo zahrnuto 34 studií trvajících 2–12 týdnů s celkovým počtem 7688 pacientů. Úspěšná léčba byla definována jako minimálně 50% snížení intenzity bolesti či její ústup. V obou skupinách byly sledovány nežádoucí účinky a počty pacientů, kteří kvůli nim přerušili léčbu. Dle výsledků metaanalýzy je účinnost lokálních a perorálních NSA srovnatelná (55 % u lokálních NSA a 54 % perorálních NSA). Použití lokálních NSA nebylo spojeno se závažnějšími nežádoucími účinky (nejběžnější mírné kožní reakce – pruritus, začervenání, svědění kůže). Dle metaanalýzy užívání perorálních NSA zvyšuje riziko zejména gastrointestinálních a kardiovaskulárních nežádoucích účinků. Závěrem lze konstatovat, že topická NSA jsou v řadě guidelines doporučována pro léčbu osteoartrózy jako léčiva první linie pro takto postižené pacienty (jsou zvláště účinná pro osteoartrózu kolene a ruky).



DIVERTIKULITIDY – MANAGEMENT A TRENDY

Přednášející:

R. Svatoň

Chirurgická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno

Úvod:

Divertikulitida tračnicku se v průběhu života rozvine u 20 % pacientů s divertikulózou – z toho u 15% pacientů jako nekomplikovaná a u 5 % jako komplikovaná forma (absces, fistula, obstrukce, perforace, striktura). Až 25 % pacientů hospitalizovaných pro divertikulitidu vyžaduje akutní operační řešení.

Metody:

Na základě dostupných literárních zdrojů (MEDLINE, PubMed, EMBASE) a vlastních zkušeností prezentujeme aktuální management a trendy v diagnostice a chirurgické léčbě divertikulitidy.

Výsledky:

Zlatým standardem v diagnostice akutní divertikulitidy je CT vyšetření (senzitivita a specifita – 98% a 99%), ze kterého vychází také Hincheyho klasifikace, napomáhající ke stanovení optimálního léčebného postupu. U nekomplikovaných forem divertikulitid je často dostačující ATB terapie + dietní opatření. U absedujících forem můžeme s výhodou využít CT drenáže. U komplikovanějších stadií divertikulitidy (Hinchey III, IV) přistupujeme k operačnímu řešení. Přínosným se ukazuje začít operaci diagnostickou laparoskopií. V případě nekomplikovaných rekurentních divertikulitid je odklon od striktního dodržování počtu dvou atak a následné operace – preferován je individuální přístup. Jiná situace je poté u pacientů po atace komplikované divertikulitidy.

Závěr:

Četnost divertikulární nemoci, a tedy i divertikulitid narůstá. Zdokonalením diagnostických metod, jakož i operační techniky (laparoskopie) se otvírají další možnosti v přístupu a léčbě divertikulitidy. I přes některé kontroverze (operační technika, primární anastomóza, indikace operace u rekurentní nekomplikované divertikulitidě) nadále zůstává základem: včasná diagnostika, ATB terapie a u pacientů komplikovaných peritonitidou či po selhání konzervativní léčby operační řešení.

PNEUMOTORAX JAKO MOŽNÁ KOMPLIKACE OSTEOSYNTÉZY HUMERU – KAZUISTIKA

Přednášející:

M. Páral, J. Žák, L. Veverková

I. chirurgická klinika, LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Pneumotoraxem rozumíme nahromadění volného plynu v pohrudniční dutině, které způsobí kolaps plicního křídla, a tím významně sníží ventilaci dané plíce. Jedná se o symptom jak řady onemocnění, traumat, tak i nevzácnou komplikaci lékařských výkonů. Iatrogení pneumotorax patří k obávaným komplikacím celé řady lékařských výkonů, nejčastěji se vyskytuje poskanyačnické PNO po zajištění CVK v subclavia, pospkunční (transmurální, transbronchiální), při UPV apod.

Cílem kazuiistiky je ukázat na případě jedné pacientky vzácnější případ vzniku pneumotoraxu jako důsledku osteosynthesy zlomeniny proximálního humeru Kirschnerovými dráty.

V této kasuistice poukazují na nutnost korelace nejen subjektivního pohledu pacientky (bolest ramene, zhoršující se při maximálním inspiriu), klinického stavu a RTG snímků (drobný apikální PNO přehlédnut při RTG kontrole postavení osteosyntézy). Dále popisují specifika v terapeutickém postupu tohoto PNO na rozdíl od frekventnějších iatrogeních pneumotoraxů.



ROLE VAAFT V NAŠEM MANAGEMENTU PERIANÁLNÍCH PÍŠTĚLÍ

Přednášející:

T. Grolich^{1,2}, Z. Kala^{1,2}, T. Skříčka², O. Robek^{1,2}, B. Hemmelová^{1,2}, R. Hrivnák¹

¹Chirurgická klinika FN Brno

²Lékařská fakulta, Masarykova Universita, Brno

Úvod: Videoasistovaná léčba perianálních píštělí (VAAFT) je relativně novou metodou publikovaná Piercarlo Meinerem v roce 2011. Naším cílem bylo ověřit bezpečnost a proveditelnost metody, zhodnotit její přínos pro exaktní identifikaci vnitřního ústí píštěle a určit její využitelnost v našem managementu léčby perianálních fistulací.

Metody: Od února 2013 do června 2014 bylo na naší klinice ošetřeno 30 pacientů s perianální píštělí za pomoci fistuloskopie. Do retrospektivní studie byly zařazeni pacienti s IBD a jinou benigní etiologií píštěle, kteří byli operováni chirurgem se zkušeností s fistuloskopií. Pacienti s rekto-vaginální a maligní píštělí byly vyřazeni ze souboru. Po anoskopickém vyšetření anorekta následoval nástřík zevního ústí pomocí peroxidu k ozřejmění lokalizace vnitřního ústí. Cílem následné fistuloskopie bylo vyšetřit všechny trakty, provést toaletu, hlavně v transsfinkterické části, a identifikovat vnitřní ústí. Pokud identifikace vnitřního ústí pomocí fistuloskopie nebyla snadná, fáze byla ukončena standardní revizí píštěle „naslepo“ pomocí kovové sondy. Důležitým cílem bylo při všech manipulacích maximálně šetřit svěrače. Po identifikaci vnitřního ústí a vyčištění kanálu byla zevní část píštěle parciálně exstirpována a odeslána k histologickému vyšetření. Operace byla ukončena buď volnou trasovací ligaturou, nebo slizničním lalokem. Během sledovaného období byly hledány příznaky recidivy píštěle.

Výsledky: Fistuloskopii jsme se pokusili provést u 30 pacientů. Jednalo se o 22 mužů a 8 žen s mediánem věku 41 let (rozpětí 25–70). V 9 případech byla příčinou Crohnova choroba, v 21 případech byla etiologie benigní. O recidivu šlo u 12 pacientů. Medián sledování byl 133 dní (rozpětí 4–476). Jako inkompletní bylo diagnostikováno 5 píštělí řešené exstirpací, 2 submukózní řešené fistulotomií, 22 transsfinkterických řešených volnou ligaturou a ve dvou případech slizničním lalokem. Parciální exstirpace extrasfinkterické píštěle byla řešena u 1 pacienta. Protektivní stomie při Crohnově chorobě byla nutná ve 3 případech, dva pacienti s IBD byly následně indikováni k amputaci rekta. Bez známek recidivy je dosud 18 pacientů, trasovací ligatura jako trvalé řešení IBD píštělí byla úspěšná u 5 pacientů. K recidivě obtíží došlo u 5 pacientů. Zjistili jsme že fistuloskopie byla proveditelná u 93 % pacientů a vnitřní ústí bylo fistuloskopicky nalezeno u 67 % případů kompletních píštělí. Medián operačního času zahrnující konstrukci stomie či slizničního laloku byl 50 minut (rozpětí 25–130). Morbidita spojená s vlastní metodou nebyla pozorována.

Závěr: Samotná fistuloskopie je proveditelná ve většině případů perianálních píštělí různého typu a etiologie. Ve většině případů metoda umožnila identifikaci vnitřního ústí. Z těchto důvodů je fistuloskopie již standardní diagnostickou metodou při léčbě perianálních fistulací.

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S TRANSANÁLNÍ A LAPAROSKOPICKOU TOTÁLNÍ MESOREKTÁLNÍ EXCIZÍ PRO TUMORY REKTA

Přednášející:

V. Procházka, Z. Kala, I. Penka, L. Ostřížková, T. Grolich

Chirurgická klinika LF MU Brno a FN Brno Bohunice

Cíl: Tato práce referuje o prvních zkušenostech s laparoskopicky asistovanou transanální totální excizí mezorekta u pacientů s karcinomem středního a dolního rekta.

Materiál a metodika: V období od října 2013 do září 2014 bylo na CHK FN Brno operováno 13 pacientů technikou transanální totální mesorektální excize. V souboru bylo 9 mužů a 4 ženy ve věku 49–81 let. Vzdálenost dolního okraje tumoru od análního okraje byla 30–80mm, medián 50 mm. U všech pacientů byla provedena koloanální anastomóza.

Výsledek: U všech operovaných byl dosažen negativní distální resekcí okraj. Radiální resekcí okraj byl pozitivní ve dvou případech. Kvalita totální mezorektální excize byla hodnocena ve všech případech jako kompletní nebo téměř kompletní. Operační čas se pohyboval v rozsahu 212–375 minut (medián 280 minut). Medián pooperační hospitalizace byl 9 dnů v rozsahu 6 až 30 dnů.



Závěr: Na základě prvních získaných zkušeností hodnotíme výkon jako realizovatelný a bezpečný v podmínkách vybavení našeho chirurgického pracoviště s uspokojivými patologickými výsledky. Přesné indikace zatím nelze jednoznačně doporučit, v budoucnu jistě budou hrát roli i dlouhodobé funkční výsledky, které zatím nemáme k dispozici.