



XXIV.

PETŘIVALSKÉHO–RAPANTŮV DEN



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

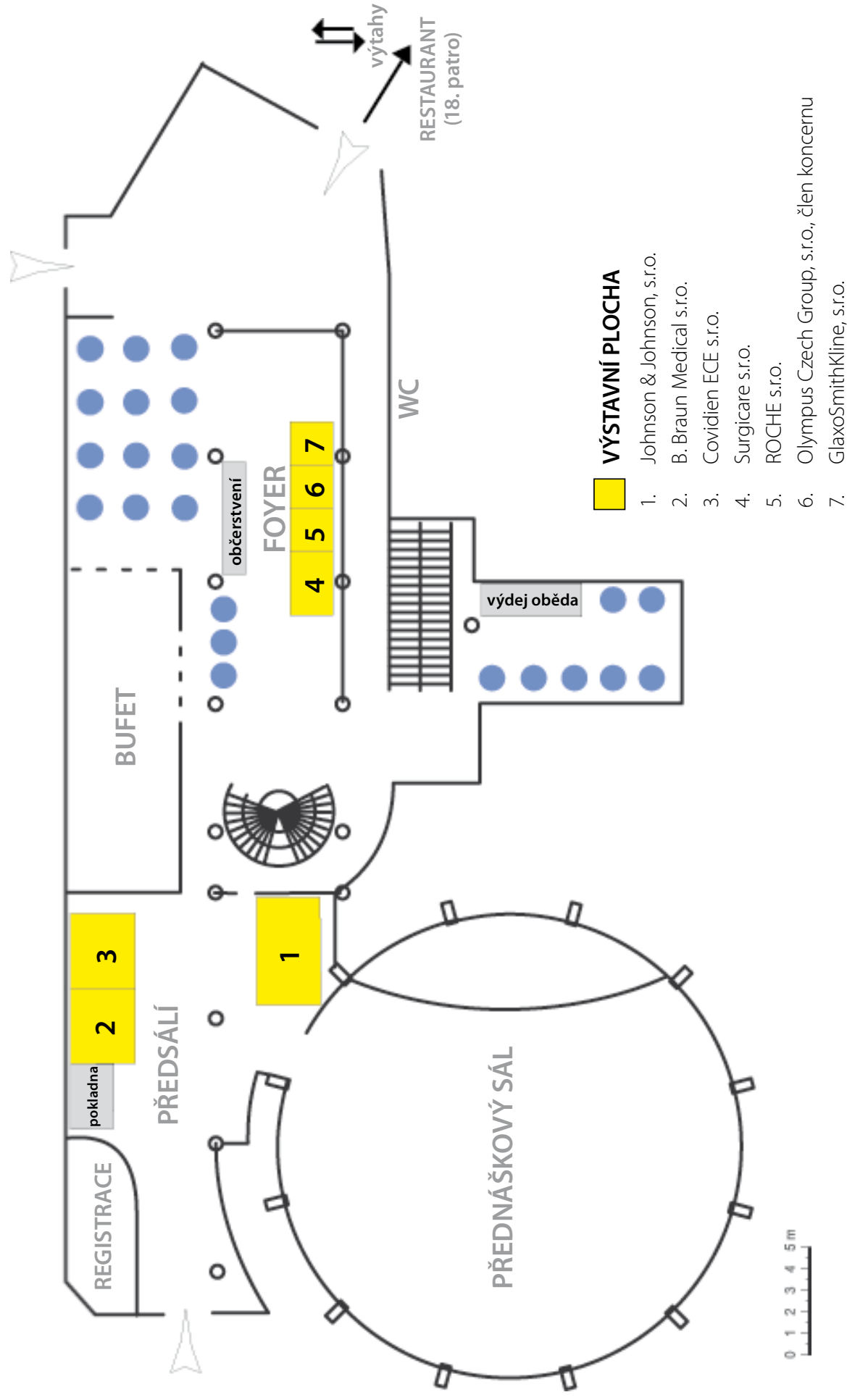
26.–27. 4. 2012

Regionální centrum Olomouc

Abstrakta

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci **XXIV. PETŘVALSKÉHO–RAPANTŮV DEN**

26.–27. 4. 2012 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ



POŘADATEL

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

PREZIDENT KONGRESU

doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.

VĚDECKÝ VÝBOR

doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.

prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

prof. MUDr. Alexander Ferko, CSc.

prof. MUDr. Robert Gürlich, CSc.

prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.

prof. MUDr. Vladimír Král, CSc.

prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.

prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc.

prof. MUDr. Vladimír Třeška, DrSc.

doc. MUDr. Jan Dostálík, CSc.

doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.

MUDr. Adolf Gryga, CSc.

MUDr. Tomáš Malý, Ph.D.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s. r. o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba:

Mgr. Herta Šůstková

tel.: 585 209 207

mob.: 777 622 039

sustkova@solen.cz

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16
ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře a 8 kredity pro sestry.

Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

ISBN 978-80-87327-91-3

XXIV. PETŘIVALSKÉHO–RAPANTŮV DEN

Čtvrtek, 26. 4. 2012

Lékařská a sesterská sekce – Sál Pegasus

9.15–9.30 Slavnostní zahájení

9.30–10.00 PŘEDNÁŠKA K 65. VÝROČÍ ZALOŽENÍ I. CHIRURGICKÉ KLINIKY S PROJEKČÍ HISTORICKÉHO FILMU
M. Dlouhý, Olomouc

Lékařská sekce – Sál Pegasus

10.00–11.45 ZHOUBNÉ NÁDORY HORNÍ ČÁSTI GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

předsedající: R. Aujeský, M. Duda, J. Šimša

- Barrettův jícen – nejvýznamnější prekanceróza – R. Aujeský, Č. Neoral, R. Vrba, Olomouc
- Nitrohruční anastomóza u karcinomu jícnu a EGJ – výsledky, komplikace a jejich řešení – A. Pazdro, T. Haruštiak, M. Smejkal, M. Šnajdauf, P. Pafko, Praha
- Plicní komplikace po ezofagektomii pro karcinom jícnu – R. Vrba, Č. Neoral, R. Aujeský, J. Koutná, H. Španhelová, M. Kolář, Olomouc
- Karcinom kardie – rozsah a radikalita chirurgického výkonu – P. Šmejkal, T. Haruštiak, M. Šimša, Praha
- Paliativní výkony u karcinomu žaludku – resekce vs. anastomóza – D. Hoskovec, Z. Krška, Praha
- Karcinom žaludku – rozsah a radikalita chirurgického výkonu – J. Šimša, Praha
- Nejnovější trendy v přežití pacientů se zhoubnými nádory kolorekta, žaludku a jícnu. Srovnání českých a mezinárodních dat – L. Dušek, T. Pavlík, Z. Kala, M. Duda, Brno, Olomouc
- Nádory horní části GIT – koncept „foregut surgery“ je aktuální i v České republice? – M. Duda, L. Dušek, L. Adamčík, M. Škrovina, T. Jínek, Olomouc, Nový Jičín, Brno
- Diskuze

11.45–12.00 SLAVNOSTNÍ KŘEST KNIHY BIOPSIE SENTINELOVÉ UZLINY

12.00–12.45 OBĚD

12.45–14.00 ZHOUBNÉ NÁDORY DOLNÍ ČÁSTI GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU I.

předsedající: A. Ferko, Z. Krška, M. Škrovina

- Přírůstek MRI ke stanovení terapeutického plánu a operační strategie u pacientů s karcinomem rekta – M. Škrovina, C. Vojtek, Č. Neoral, M. Velkoborský, J. Bartoš, P. Anděl, J. Parvez, Nový Jičín, Olomouc
- Porovnání výsledků TRUS a MRI při stagingu karcinomu rekta – B. Hemmelová, Z. Kala, I. Penka, O. Robek, L. Ostřížková, M. Protivánková, Brno
- Karcinom rekta středního rizika (Role RT a CHT) – Z. Krška, D. Hoskovec, Praha
- Radiochemoterapie karcinomu rekta – P. Beneš, B. Melichar, H. Švébišová, J. Cincibuch, Č. Neoral, J. Halama, Olomouc
- Hodnocení kvality resekátu a onkologické radikality pro karcinom rekta – A. Ferko, M. Chobola, J. Őrhalmi, Hradec Králové
- Diskuze

14.00–14.15 PŘESTÁVKA

14.15–14.45 SYMPOZIUM B. BRAUN – 3D EINSTEINVISION® AESCULAP® – REVOLUCE V LAPAROSKOPII

14.45–16.00 ZHOUBNÉ NÁDORY DOLNÍ ČÁSTI GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU II.

předsedající: R. Gürlich, Z. Kala, J. Őrhalmi

- Funkční výsledky po resekcích v aborální třetině rekta – J. Őrhalmi, A. Ferko, M. Chobola, Hradec Králové
- Totální excize mezorekta z pohledu funkčních výsledků – M. Škrovina, J. Őrhalmi, J. Bartoš, P. Anděl, J. Parvez, Nový Jičín, Olomouc, Hradec Králové
- Erektální dysfunkce u pacientů po resekcích rekta pro karcinom – R. Hrivnák, T. Šrámková, Z. Kala, I. Penka, O. Robek, L. Ostřížková, Brno

- **Jsou indikovány multiviscerální resekce pro karcinom kolorekta? –**
R. Gürlich, J. Štefka, L. Havlůj, V. Bobek, V. Janík, M. Kubecová, Praha
- **Ověření biologických vlastností resekčních linií kolorektálního karcinomu kvantitativní expresí mRNA CEA a TIMP-1 –**
K. Rupert, M. Pesta, L. Holubec jr., J. Nosek, V. Třeška, Plzeň
- **Diskuze**

16.00–16.15 PŘESTÁVKA

16.15–18.00 METASTATICKÉ POSTIŽENÍ U KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

předsedající: I. Čapov, I. Kiss, V. Třeška

- **Pohled onkologa na léčbu vícečetného nebo recidivujícího metastatického kolorektálního karcinomu –**
I. Kiss, J. Tomášek, J. Halámková, Brno
- **Dlouhodobé výsledky chirurgické léčby jaterních metastáz kolorektálního karcinomu – nové prognostické faktory?**
Z. Šubrt, A. Ferko, B. Jon, F. Čečka, Hradec Králové, Brno
- **Jednodobá laparoskopicky asistovaná proktokolektomie a levostranná jaterní lobektomie u pacientky s pokročilým nádorem rekta –**
O. Sotona, J. Őrhalmi, M. Chobola, A. Ferko, Hradec Králové
- **Embolizace větve portální žíly u primárně inoperabilních nádorů jater –**
V. Třeška, T. Skalický, A. Sutnar, V. Liška, J. Fichtl, H. Mírka, F. Šlauf, Plzeň
- **Předoperační embolizace portální žíly před resekci jater Polyhemou –**
M. Köcher, M. Černá, M. Loveček, J. Peregrin, V. Válek, Olomouc, Praha, Brno
- **Radiologické metody v léčbě jaterních metastáz kolorektálního karcinomu –**
P. Kysela, V. Válek, T. Andrašina, Z. Kala, Brno
- **Peroperační sonografie jater u kolorektálního karcinomu – statistické zhodnocení souboru 500 pacientů –**
J. Bartoš, M. Škrovina, J. Parvez, B. Čech, M. Velkoborský, R. Soumarová, Nový Jičín
- **Resekce plicních metastáz u kolorektálního karcinomu – systematická review –**
I. Čapov, J. Doležel, V. Jedlička, A. Peštál, M. Veselý, Z. Chovanec, Brno
- **Diskuze**

20.00 SPOLEČENSKÝ VEČER (Konvikt, Olomouc)

Pátek, 27. 4. 2012

Lékařská sekce – Sál Pegasus

9.00–10.45 VARIA I.

předsedající: J. Sankot, J. Šťastný, P. Vávra

- **Výsledky chirurgické léčby KRK v podmínkách oblastní nemocnice –**
M. Sirový, P. Janata, L. Etflaiš, P. Stříhávka, Jičín
- **Současné podmínky a nezbytné požadavky pro operativu kolorektálního karcinomu na pracovišti okresního typu –**
P. Špička, V. Brtník, M. Folprecht, B. Přecechtělová, Prostějov
- **Gastrointestinální stromální nádor rekta – resekce z transsakračního přístupu –**
J. Sankot, Vsetín
- **Důvěryhodnost kolonoskopie – čemu věřit a čemu ne? –**
M. Stašek, Olomouc
- **RFITTH – nová miniinvasivní metoda řešení vyšších stadií hemoroidální choroby, časné výsledky pilotní studie –**
J. Duben, J. Gatěk, B. Dudešek, L. Hnátek, P. Humpolíček, Zlín
- **Urychlení regenerace jaterního parenchymu aplikací kmenových buněk po embolizaci portální žíly u primárně inoperabilních pacientů s metastázami KRCa –**
J. Fichtl, V. Třeška, T. Skalický, A. Sutnar, V. Liška, H. Mírka, D. Lysák, Plzeň
- **Srovnání otevřené a laparoskopické radiofrekvenčně asistované resekce jater –**
P. Vávra, J. Nowaková, M. Hasal, T. Jonszta, M. Vávrová, P. Ichnat, M. Penhaker, N. Habib, Ostrava, London
- **Radiofrekvenční ablace (RFA) v léčbě jaterních metastáz kolorektálního karcinomu (JM KRCa) na okresním pracovišti –**
J. Šťastný, A. Gryga, K. Vildomec, M. Folprecht, Prostějov
- **Diskuze**

10.45–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.45 VARIA II.

předsedající: A. Gryga, M. Loveček, J. Rejholet

- **Multiviscerální resekce pankreatu –**
F. Čečka, B. Jon, M. Leško, Z. Šubrt, A. Ferko, Hradec Králové

- Jak rozlišit chirurgické a nechirurgické pneumoperitoneum? – F. Čečka, Z. Šubrt, O. Sotona, Hradec Králové
- Iatrogenní poranění žlučových cest – socioekonomické důsledky – M. Loveček, R. Havlík, Č. Neoral, Olomouc
- Karcinom žlučníku – současná léčba, kazuistiky – A. Sutnar, V. Třeška, T. Skalický, V. Liška, H. Mírka, Plzeň
- Roboticky asistovaná chirurgie – současná situace v ČR v porovnání se světem a perspektivy rozvoje – V. Študent, Olomouc
- Přínos a komplikace bariatrické a metabolické chirurgie – P. Vaverka, V. Růžička, J. Šťastný, A. Gryga, M. Folprecht, Prostějov
- Laparoskopické řešení náhlé příhody břišní v onkochirurgii – kazuistická sdělení – J. Rejholec, J. Moravík, I. Náhlík, Děčín
- Chirurgie IBD – soubor operovaných ve Vítkovické nemocnici 2007–2012, aktuální doporučení z kongresu ECCO 2012 – K. Klos, S. Jackanin, J. Örhalmi, P. Holéczy, M. Lerch, Ostrava
- Charitativní chirurgie – projekt Operation Hernia – P. Bystřický, V. Cejp, Písek
- Diskuze

12.45

SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ

Čtvrtek, 26. 4. 2012

Sesterská sekce – Sál Centaurus

10.15–12.00 BLOK I.

předsedající: P. Bögieová, V. Smolíková

- Pacient po exstirpaci jícnu z ošetrovatelského hlediska – J. Schmittová, Olomouc
- PEG – L. Kvapilová, Olomouc
- Divertikly jícnu a jejich operační řešení – K. Řehulková, L. Vyroubalová, Olomouc
- Od perforace prepylorického vředu k břišní katastrofě – M. Nováková, Hradec Králové
- Dramatické krvácení z GIT – příklad mezioborové spolupráce – M. Březinová, Písek
- Historie a současnost hojení ran – E. Maršounová, L. Marčíková, Olomouc
- Hojení ran V.A.C. systémem – I. Bauerová, Z. Vejskalová, V. Fricová, Plzeň
- Poskytování zdravotnické péče v legislativních podmínkách ČR – S. Procházková, Olomouc

12.00–12.45

OBĚD

12.45–14.45 BLOK II.

předsedající: A. Holá, I. Rožková

- Crohnova choroba – M. Langmajerová, A. Horáčková, Hradec Králové
- Prolaps rektu u dětí – A. Marabeti, I. Pazderová, Olomouc
- Hemoroidy – Longo metoda – E. Bergerová, P. Litvínová, Olomouc
- Robotické operace – I. Kader-Agová, Olomouc
- Kolonoskopie – V. Holúbková, L. Kvapilová, Olomouc
- Stomie – M. Drdáková, J. Hrouzová, Olomouc
- Naše zkušenosti s novým bezsáčkovým systémem u kolostomiků – E. Brtníková, J. Čechová, Jihlava
- Vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání – V. Sukopová, Olomouc

14.45–15.00

PŘESTÁVKA

15.00–16.30 BLOK III.

předsedající: J. Faltýnková, H. Šmakalová

- Možnosti rekonstrukce prsu u žen po ablaci – M. Krulová, M. Vychodilová, Olomouc
- Bolest jako indikátor kvality – H. Jahodová, L. Ďurkačová, M. Špičková, Olomouc
- Spokojenost pacientů po operaci plic s pooperační analgezií – A. Ševčíková, Olomouc
- Nemoc – bolest těla i duše – F. Fischerová, Olomouc
- Bazální stimulace – J. Vlčková, Olomouc
- Koncept bazální stimulace v praxi – I. Kohlová, L. Lysá, I. Olivová, M. Matějčková, H. Šípková, Olomouc

20.00

SPOLEČENSKÝ VEČER (Konvikt, Olomouc)

Lékařská sekce

ZHOUBNÉ NÁDORY HORNÍ ČÁSTI GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU

předsedající: R. Aujeský, M. Duda, J. Šimša – čtvrtek / 26. 4. 2012

Barrettův jícen – nejvýznamnější prekanceróza

R. Aujeský, Č. Neoral, R. Vrba

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Barrettův jícen je nejvýznamnější prekan-
ceróza jícnu. Jeho malignizaci přes stádia lehké
a následně těžké dysplazie vzniká většina adeno-
karcinomů jícnu. Příčinou vzniku Barrettova jícnu
je dlouhodobý gastroezofageální reflux jak kyselý,
tak biliární. Terapie Barrettova jícnu spočívá jednak
v léčbě refluxu, jednak lokálně v ablacii či tepelné
destrukci Barrettovy sliznice. Konzervativní terapie
Barrettova jícnu je totožná s terapií prosté refluxní
choroby. Spočívá v acidosupresi prostřednictvím
PPI. Tím refluxu přímo nebrání, ale snižuje jeho
agresivitu. To ale platí pouze pro kyselý reflux.
Pokud refluktát obsahuje ve významné koncent-
raci žluč, je tato terapie podstatně méně účinná.
Do jisté míry může pomoci zlepšení evakuace
žaludku prokinetiky, ale absolutní efekt od této
léčby očekávat nelze. Oproti tomu chirurgická
terapie prostřednictvím přímého antirefluxního
výkonu, dnes v podobě laparoskopické fundopli-
kace, představuje nejefektivnější zábranu refluxu
do jícnu, a to jak kyselého, tak biliárního. V případě
manifestace biliárního refluxu v žaludku je indiko-
ván nepřímý antirefluxní výkon v podobě resekce
žaludku s gastrojejunoanastomózou s využitím
Rouxovy kličky, který zajišťuje derivaci žluči od ža-
ludku a jícnu. Z mnoha druhů lokální terapie jsou
dnes nejprůnosnější endoskopická slizniční resekce
a radiofrekvenční ablace. Obě jsou dnes považo-
vány za efektivní a poměrně bezpečné metody,
nicméně každá má i svá negativa. Radiofrekvenční
ablace tepelně destruuje sliznici, ale na rozdíl od
mukozektomie ji nelze odeslat k histologické-
mu vyšetření. Metoda mukozektomie potřebuje
k vyřešení větší plochy Barrettovy sliznice zase
významně větší počet sezení. V obou případech
ale platí, že lokální výkon na sliznici bez paralelní
terapie refluxu jako příčiny vzniku Barrettovy sliz-
nice nemá smysl. Je stále diskutovanou otázkou,
zda samotná efektivní terapie refluxu může vést
k regresi Barrettovy sliznice. Skutečnost, že lapa-

roscopická fundoplikace je nejúčinnější terapií
refluxu, inspirovala autory sdělení k posouzení
efektu tohoto přímého antirefluxního výkonu na
Barrettovu sliznici. Své zkušenosti demonstrují na
souboru nemocných s Barrettovým jícnem, kteří
v posledních 10 letech podstoupili na I. chirurg-
ické klinice LF a UP v Olomouci laparoskopic-
kou fundoplikaci. Efekt terapie byl posuzován
histologickým vyšetřením biopsických vzorků,
odebraných při endoskopických kontrolách po
operaci. U 38 % nemocných byla nalezena kom-
pletní regrese Barrettovy sliznice, 16 % mělo nález
výrazně zlepšen. U 36 % nemocných zůstal po-
operační nález stejný a v 10 % došlo ke zhoršení
nálezů ve smyslu progresu dysplazie.

Závěr: Laparoskopická fundoplikace se jeví
jako výkon, který sám o sobě, bez lokální terapie,
může vést k regresi Barrettovy sliznice. I stacionární
nález Barrettovy sliznice lze interpretovat jako pří-
znivý, protože může signalizovat, že došlo k zastave-
ní progresivního vývoje, vedoucího k malignitě.

Nitrohruční anastomóza u karcinomu jícnu a EGJ – výsledky, komplikace a jejich řešení

**A. Pazdro, T. Haruštiak, M. Smejkal,
M. Šnajdauf, P. Pafko**

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

V letech 2006–2009 jsme odpoperovali 296
pacientů s karcinomem jícnu a EGJ. Resekčních
výkonů bylo provedeno 250, těch s nitrohruční
anastomózou pak 199 s celkovým počtem dehis-
cencí 34 (17,0 %). U všech pacientů 7. pooperační
den provádíme, před zahájením p.o. realimenta-
ce, RTG kontrolu patentnosti anastomózy.

Od roku 2006 jsme začali používat polomecha-
nický (či hybridní) způsob konstrukce anastomózy
za použití lineárního stapleru s břitkem na zadní
stěnu, přední pak ručně šitou. Při srovnání ruční
anastomózy, z našeho historického souboru, kde
dehiscence anastomózy dosahovala až 26 %, mluví
výsledky pod 10 % jednoznačně pro konstrukci
polomechanické nitrohruční anastomózy.

Nejzávažnější chirurgickou komplikací je
dehiscence anastomózy. Ve sledovaných letech
jsme zaznamenali 34 pacientů s dehiscencí nit-
rohruční anastomózy. Více jak 80 % (n = 28) se
nám podařilo vyřešit bez primární reoperace.
Ve 14 případech došlo ke spontánnímu zhojení
průměrně v průběhu 14–21 dní, při vyloučení
p.o. příjmu. 6 pacientů (18,7 %) muselo být reo-
perováno s nutností odstranění interponovaného
orgánu ve 4 případech. U 14 nemocných, kteří
by vzhledem k celkové septické reakci a stavu
byli indikováni k operačnímu řešení, jsme zavedli
stent k překlenutí místa dehiscence. 78,6 % (n =
11) pacientů bylo tímto způsobem zhojeno bez
nutnosti chirurgického výkonu. Nemocné jsme
mohli ušetřit mutilujícího výkonu s následnou
rekonstrukcí. Tento způsob ošetření považujeme,
až na vzácné výjimky, za metodu první volby při
zjištění dehiscence intrathorakální anastomózy.

Plicní komplikace po ezofagektomii pro karcinom jícnu

**R. Vrba¹, Č. Neoral¹, R. Aujeský¹, J. Koutná²,
H. Špaňhelova², M. Kolář³**

¹I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

²Klinika KAR FN Olomouc

³Ústav mikrobiologie FN Olomouc

Cíl práce: Autoři hodnotí výskyt respiračních
komplikací u nemocných po ezofagektomii pro
karcinom jícnu.

Materiál a metodika: V časovém rozmezí
od roku 2007 do 7/2011 byla na I. chirurgické
klinice provedena ezofagektomie pro karcinom
jícnu u 88 nemocných. Transhiatální ezofagekto-
mie byla provedena u 55 nemocných, transto-
rakální přístup byl zvolen celkem u 33 pacientů.
V drtivé většině byla pasáž zažívacího traktu
obnovena s využitím transponátu z gastroplas-
tiky (85 pacientů), koloplastika byla provedena
u 3 nemocných.

Výsledky: Nejčastějšími a nejzávažnějšími
komplikacemi ezofagektomie byly plicní kom-
plikace, které se vyskytly u 19 pacientů. Z dal-
ších komplikací jsme zaznamenali dehiscenci

anastomózy 6x, pooperační krvácení v mediastinu 1x, píštěl mezi tracheou a transponátem 1x, parézu levého zvrtného nervu 9x, infekční komplikace v dutině břišní 2x, hrudní 1x, rané komplikace 4x.

Závěr: Dominantními komplikacemi v našem souboru nemocných s provedenou ezofagektomií pro karcinom jícnu byly respirační komplikace. Tyto komplikace zároveň nejvíce ovlivnily šedesátidenní mortalitu souboru nemocných. Výskyt ostatních závažných komplikací nelze zcela eliminovat, ale pokud jsou včas diagnostikovány a léčeny podle správného algoritmu, nemusí bezprostředně ohrozit život nemocných.

Karcinom kardie – rozsah a radikalita chirurgického výkonu

P. Šmejkal, T. Haruštiak, M. Šimša
III. chirurgická klinika 1. LF UK
a FN Motol, Praha

V této přednášce se autoři snaží na podkladě vlastních zkušeností a z recentní literatury zodpovědět několik otázek týkajících se léčby adenokarcinomu kardie a distálního jícnu.

Adenokarcinom gastroezofageální junkce je v současné době malignita s nejrychlejší rostoucí incidencí ve Spojených státech a Evropě. Většina pacientů přichází s lokálně pokročilým resekabilním nádorem a léčba může být kurativní. Nicméně, neexistuje jasně přijímaná standardní léčba. Jednotlivá centra se často liší v optimálních léčebných strategiích. Otázky se týkají etiologie, TNM stagingu, typu a rozsahu resekce, předoperační chemoterapie nebo chemoradioterapie (CRT) oproti pooperační CRT, použití časného PET scanu a v neposlední řadě zavedení cílené terapie. Randomizované studie jsou často diskreditované poddimenzovanými počty těchto nádorů a metodologickými nedostatky. Většina léčebné strategie se zaměřuje na patologickou kompletní odpověď po neoadjuvantní chemoradioterapii s následnou R0 resekci, což je předpoklad k dlouhodobým dobrým výsledkům.

Paliativní výkony u karcinomu žaludku – resekce vs. anastomóza

D. Hoskovec, Z. Krška
I. chirurgická klinika LF UK a VFN Praha

Karcinom žaludku představuje celosvětově čtvrtou nejčastější malignitu. Každoročně je diagnostikováno kolem 600.000 nových případů, i když incidence se celosvětově snižuje. Trend incidence a mortality v ČR sleduje trendy

v západoevropských zemích. Došlo k poklesu incidence z 30,3 případů na 100 000 obyvatel v roce 1977 na 15,7 na 100 000 obyvatel v roce 2008. Bohužel 2/3 případů jsou diagnostikovány v radikálně inkurabilním stadiu.

Paliativní výkony u karcinomu žaludku představují širokou škálu endoskopických, chirurgických a onkologických metod. Jednotný doporučený postup pro chirurgickou paliaci není stanoven. Cílem paliativního výkonu je odstranění symptomů onemocnění a zlepšení kvality života.

Chirurgické možnosti paliace jsou:

- gastroenteroanastomóza
- resekce
- totální gastrektomie.

Nejjednodušším paliativním výkonem je gastroenteroanastomóza. Tento výkon má však řadu komplikací, především poruchy funkce gastroenteroanastomózy. Existuje řada publikací, které v selektovaných skupinách pacientů preferují paliativní resekci před GEA. Naproti tomu totální gastrektomie s paliativním záměrem není doporučována.

Stejně výsledky jsou i v naší sestavě z let 2000–2011, kde nejhorší výsledky stran přežití explorativní laparotomie s průměrným přežitím 4 týdny, gastroenteroanastomózy mají průměrné přežití 6–8 týdnů. Nejlepší výsledky mají paliativní resekce, kde pacienti přežívají 6–12 měsíců. Je jasné, že v retrospektivně hodnocené sestavě nejsou skupiny nemocných srovnatelné, ale i tyto výsledky potvrzují výhody resekčních výkonů před ostatním typy výkonů.

Karcinom žaludku – rozsah a radikalita chirurgického výkonu

J. Šimša
Chirurgická klinika 1. LF UK,
Thomayerova nemocnice, Praha

Úvod: Karcinom žaludku je i přes klesající incidenci závažným problémem současné medicíny. Přes veškeré pokroky moderní léčby onkologické, zůstává radikální chirurgický výkon základem komplexní terapie tohoto nádoru.

Metody: Cílem sdělení je podat ucelený přehled o chirurgické léčbě karcinomu žaludku včetně současných názorů na rozsah lymfadenektomie a problematiku multiviscerálních resekci u pokročilých T4 karcinomů.

Výsledky: Na základě vlastních zkušeností a výsledků prací z databáze Medline za období posledních pěti let prezentujeme současný názor na chirurgickou léčbu karcinomu žaludku.

Závěr: Optimální rozsah chirurgické léčby karcinomu žaludku závisí na pokročilosti onemocnění, celkovém stavu, věku a komorbiditách nemocného. Radikální operace je i dnes – kromě endoskopické léčby u vybraných časných karcinomů – jedinou nadějí pro nemocné na dlouhodobé přežívání.

Nejnovější trendy v přežití pacientů se zhoubnými nádory kolorekta, žaludku a jícnu. Srovnání českých a mezinárodních dat

L. Dušek¹, T. Pavlík¹, Z. Kala², M. Duda³

¹Inst. biostatistiky a analýz MU, Brno

²Chir. klinika FN Brno

³II. chir. klinika FN a LF UP Olomouc

Tabulka 1. Pětileté relativní přežití protinádorově léčených pacientů se ZN kolorekta v ČR

Klinické stadium (KS)	5leté přežití protinádorově léčených pacientů (95% IS)			
	Srovnání starších období ¹		Srovnání recentních období ²	
	1990–1994	1995–1999	2000–2004	2005–2008
KS I	65,4 (62,3–68,4)	77,4 (73,9–80,8)	82,8 (79,6–85,8)	88,8 (85,6–91,6)
KS II	49,5 (45,1–53,8)	63,9 (60,8–66,9)	67,9 (65,1–70,5)	74,7 (71,9–77,4)
KS III	41,5 (37,1–46,0)	42,0 (38,3–45,7)	46,9 (43,6–50,2)	55,4 (52,1–58,5)
KS IV	11,7 (9,0–14,9)	10,9 (8,7–13,5)	11,9 (9,8–14,1)	14,5 (12,3–16,9)
Všechna KS	48,9 (46,9–50,9)	53,3 (51,5–55,0)	55,3 (53,8–56,9)	60,4 (58,8–62,0)

Tabulka 2. Pětileté relativní přežití protinádorově léčených pacientů se ZN žaludku a kardie v ČR

Klinické stadium (KS)	5leté přežití protinádorově léčených pacientů (95% IS)			
	Srovnání starších období ¹		Srovnání recentních období ²	
	1990–1994	1995–1999	2000–2004	2005–2008
KS I	60,4 (48,2–72,1)	60,2 (52,4–67,7)	63,0 (55,3–70,1)	70,5 (61,9–78,1)
KS II	38,6 (31,4–46,0)	29,7 (22,0–38,0)	39,1 (31,1–47,3)	38,4 (29,6–47,5)
KS III	20,4 (14,9–26,6)	11,8 (7,4–17,5)	15,7 (10,6–22,0)	18,3 (12,4–25,4)
KS IV	7,4 (3,5–13,7)	5,2 (2,3–10,2)	3,5 (1,6–6,8)	8,0 (4,6–12,7)
Všechna KS	30,3 (26,5–34,3)	29,8 (26,1–33,6)	30,3 (26,9–33,8)	31,8 (28,0–35,6)

Tabulka 3. Pětileté relativní přežití protinádorově léčených pacientů se ZN jícnu v ČR

Klinické stadium (KS)	5leté přežití protinádorově léčených pacientů (95 % IS)			
	Srovnání starších období ¹		Srovnání recentních období ²	
	1990–1994	1995–1999	2000–2004	2005–2008
KS I	18,3 (5,7–36,8)	29,9 (8,8–58,9)	41,2 (12,6–73,8)	55,5 (24,4–85,0)
KS II	6,4 (1,6–17,7)	15,6 (7,4–26,7)	19,3 (10,4–30,5)	25,3 (14,2–38,9)
KS III	4,3 (1,8–19,1)	7,0 (2,5–15,9)	9,7 (4,5–17,4)	15,3 (7,4–26,9)
KS IV	2,4 (0,1–20,5)	2,7 (0,3–11,3)	2,1 (0,3–8,2)	3,1 (0,7–11,0)
Všechna KS	4,6 (1,7–10,5)	10,1 (5,7–16,7)	11,9 (7,5–17,7)	16,1 (11,3–22,0)

IS – 95 % interval spolehlivosti; ¹ – Kohortní analýza pacientů diagnostikovaných v daném časovém období; ² – Analýza periody zahrnující do výpočtu informaci o přežití pacientů diagnostikovaných v recentním období

Přežití pacientů patří mezi vedoucí indikátory úspěšnosti léčby v onkologii a je využíváno i jako marker kvality péče. Avšak pokud mají odhady přežití směřovat k takto závazným hodnocením, pak musí být prováděny na skutečně reprezentativních populačních datech o přežití protinádorově léčených pacientů, a to ideálně dle jednotlivých klinických stadií. Česká populační data dostupná v Národním onkologickém registru (NOR, dostupný na www.svod.cz) tato kritéria splňují a umožňují srovnání českých výsledků se situací v zahraničí. Nejnovější výsledky dokládají významné prodloužení doby přežití u českých pacientů v posledních 10–15 letech. Abstrakt shrnuje odhady přežití českých pacientů s nádory kolorekta, jícnu a žaludku v tabulkových přehledech.

Podpořeno projektem OP VK (MŠMT), reg. č. CZ1.07/2.4.00/31.0020, který je spolufinancován Evropskou unií a státním rozpočtem České republiky.

Nádory horní části GIT- koncept „foregut surgery“ je aktuální i v České republice?

M. Duda^{1,3}, L. Dušek², L. Adamčík³, M. Škrovina³, T. Jínek³

¹II. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc

²Institut biostatistiky a analýz Masarykova univerzita Brno

³Chirurgické oddělení nemocnice a Komplexního onkologického centra Nový Jičín

Na základě údajů z NOR v ČR ukázán výskyt ca jícnu a žaludku. Vzhledem ke společným diagnostickým, postupům, provázanosti chirurgické léčby a potenciální možnosti společného screeningu pro tyto dvě diagnózy, je řadu let zejména v USA, ale i v některých západoevropských zemích uplatňován koncept tzv. foregut surgery, tj. chirurgie horní části zažívací trubice, a to zejména u malignit. Poukázáno na logiku a argumenty pro propojení této tematiky v rovině odborné i organizační. Podle statistických údajů do této kategorie spadá ročně průměrně 2180 nově diagnostikovaných nádorů, což je druhý největší počet solidních zhoubných tumorů GIT po kolorektálních nádorech. Pokud jde o roční primární diagnostiku všech solidních nádorů, které jsou léčeny chirurgy, pak jsou nádory „foregutů“ a čtvrtém místě po nádorech kolorektálních, nádorech prsu a nádorech plic. Jde-li však o počet operovaných, pak jsou na třetím místě. Nádorů plic se operuje ročně 960 a jícnu a žaludku 1213. Není bez zajímavosti, že pro nádory cervixu uteri, kterých je ročně diagnostikováno 1038 a operováno 775 je organizován celonárodní screening, zatím co u nádorů „foregutů“ se o tom ani neuvažuje, přestože rizikové faktory jsou dnes již také známy. Nepochybně si tato problematika ve srovnání s ostatními nádory zasluhuje větší pozornost.

ZHOUBNÉ NÁDORY DOLNÍ ČÁSTI GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU I

předsedající: A. Ferko, Z. Krška, M. Škrovina – čtvrtek / 26. 4. 2012

Přínos MRI ke stanovení terapeutického plánu a operační strategie u pacientů s karcinomem rekta

M. Škrovina^{1,2}, C. Vojtek³, Č. Neoral², M. Velkoborský³, J. Bartoš¹, P. Anděl¹, J. Parvez¹

¹Chirurgické oddělení, Nemocnice a Komplexní onkologické centrum Nový Jičín

²I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

³Oddělení radiodiagnostiky, Nemocnice a Komplexní onkologické centrum Nový Jičín

MRI je v současnosti již standardní metodou využívanou v určení rozsahu nádorového postižení u lokálně pokročilého karcinomu střední a dolní třetiny rekta (≤ 12 cm od análního okraje). Přesné stanovení infiltrace stěny orgánu nádor

rem, a také pravděpodobnost postižení spádových lymfatických uzlin pomáhají ve správné indikaci individuálního terapeutického plánu s cílem dosažení co nejlepšího onkologického, ale i funkčního výsledku léčby.

Autoři ve svém sdělení na základě recentních literárních údajů a zkušeností pracoviště informují o výtěžnosti MRI v přesném stanovení T a N stadia karcinomu rekta. Podrobně se snaží vykreslit přínos, ale i možná úskalí této zobrazovací metody z pohledu rozhodování chirurga o indikaci a vedení operačního výkonu. Je rozebírána také predikce dosažení R0 resekce z pohledu MRI stanovení radiálního cirkumferentního okraje (cCRM). Zvláštní pozornost je pak věnována výtěžnosti MRI u pacientů absolvujících chemoradioterapii s následně plánovaným operačním výkonem a u pacientů s lokoregionální recidivou karcinomu rekta.

Porovnání výsledků TRUS a MRI při stagingu karcinomu rekta

B. Hemmelová¹, Z. Kala¹, I. Penka¹, O. Robek¹, L. Ostřížková², M. Protivánková²

¹Chirurgická klinika, FN Brno Bohunice

²Interní hematologická klinika, FN Brno Bohunice

V našem sdělení dokládáme na vlastním souboru pacientů s karcinomem rekta zhodnocení stagingových vyšetření s klinickým a peroperačním nálezem, efekt neoadjuvantní léčby a specifický přístup v jednotlivých případech podle pokročilosti nádorů rekta. Zatímco transrektální ultrazvukové vyšetření dobře odliší T1 od T2, MR dokáže posoudit hloubku postižení jednotlivých vrstev stěny rekta, vzdálenost infiltrace od radiální resekční linie a vztah k okolním orgánům u lokálně pokročilých TU

ve stadiu T3 aT4. MR, CT i EUS se stejnou specifitou a senzitivitou posoudí postižení uzlin. Každá z těchto vyšetřovacích metod má nezastupitelné místo ve stagingu tumorů rekta, posouzení operability, efektu neoadjuvantní léčby, a také posouzení vzniku lokální recidivy v pooperačním období. K vyhodnocení lokálního nálezu svou vysokou přesností přispívá kromě zobrazovacích metod i vlastní klinické vyšetření operátorem, bez kterého mohou být zobrazovací metody zavádějící. Proto považujeme za nezbytné stanovení léčebného postupu konkrétního pacienta mezioborovou komisí s přihlédnutím k názorům onkologa, radiologa, chirurga a radioterapeuta s ohledem na celkový stav konkrétního pacienta.

Karcinom rekta středního rizika (Role RT a CHT)

Z. Krška, D. Hoskovec

I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Předoperační radioterapie jako součást léčby T3 nádorů rekta (CR) byla zavedena NIH konsensem z roku 1990, když platilo pro II. a III. stadium CR: neoadjuvantní RT (CHT), radikální výkon s TME, hranicemi 2 cm, dále CHT.

Nyní diskuze a hodnocení, kontroverzní otázky:

- 1. lokální excise nebo jen watch and wait přístup (a jak dlouho?) při kompletní odpovědi
- 2. potřeba RT ve skupině středního rizika.

Tedy jaké jsou výsledky, když byla provedena pouze operace bez předoperační RT, jaký je efekt této RT na nádory v předoperačním období a po operaci, které prognostické faktory ovlivňují výsledky léčby T3 nádorů??? Stále častěji se ukazuje nutnost „tailored therapy“.

Je-li v současnosti diskutována skupina především T3 pacientů, pak je nutno určit, kteří tam spadají:

Pro předop. RT jednoznačně svědčily výsledky tzv. norské studie (Dis Colon Rectum 2007). (Eriksen M. et al) ale např:

Stadium	T	N	M	Dukes
0	tis	0	0	A
I	1-2	0	0	A
IIa	3	0	0	B
IIb	4	0	0	B
IIIa	1-2	1	0	C
IIIb	3-4	1	0	C
IIIc	1-4	2	0	C
IV	1-4	0-2	1	D

Průřez protokoly léčby:

T1	9%	TME, CHRT + LE
T2	28%	TME (pokud N0)
T3	55%	není konsensus
T4	10%	neoadjuv. RCT

Dle stádií

I.	30 % chirurgická léčba
II.	37 % není konsensus
III.	33 % není konsensus

- Poop. RT zlepšuje lokální kontrolu, ale nezvyšuje přežití (Fisher B., Trial MRCRCWP, Treurniet-Donker AD. ...).
- Výsledky MSKC centra z let 1986–1993 – pouze operace u T3N0 pacientů velmi příznivé (lok. rekurence-12 % atd.), výraznější rozdíly nevykázala ani studie z Clevelandu.
- Zásadními prognostickými faktory se jeví invaze 2 a méně mm, bez cévní invaze a dobrý či moderate grading tumoru.
- Aktuální zlatý standard platí pro lokálně pokročilý RC, ale existuje podskupina pacientů mezi pacienty II a III st. definovaná na základě rizika rekurence, ošetřitelná jen chirurgicky, s vyloučením morbiditu v důsledku RT.
- Tedy RT zde teoreticky znamená „overtreatment“.
- U pacientů s nádory v II/III stadiu (dobře či středně diferencovanými, méně než 2 mm perirektální tukovou invazí, absencí lymf. či žilního postižení) velmi příznivé výsledky 5leté rekurence (4–10%) bez RT (Willett, Merchant, Gunderson, Cecil, TD, Heald RJ, Bokey EK. ...).
- Čili: výrazný požadavek na kvalitu chirurgického výkonu.
- Pacienti středního rizika nemají benefit z RT v období 5letého přežití a DFI.
- cT2N0, cT3N0, cT3Nx: TME, resekční hranice, počty uzlin, bez adjuvantní terapie. Jediným nezávislým prognostickým faktorem špatných pooperačních výsledků je pooperační ošetření mesorektální fascie!! (Frasson E., Zoccali M- vše 2011).

Radiochemoterapie karcinomu rekta

P. Beneš¹, B. Melichar¹, H. Švébišová¹,

J. Cincibuch¹, Č. Neoral², J. Halama²

¹Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

²I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Adenokarcinom rekta je svou rostoucí incidencí kolem 22 případů a mortalitou asi 12 případů na 100 000 obyvatel jednou z nejčastějších a nejzávažnějších malignit dospělého věku. Incidence začíná narůstat ve čtvrtém deceniu

s maximem mezi 65. a 75. rokem života. Nádor se častěji vyskytuje v mužské populaci.

Karcinom rekta je po stránce epidemiologické, etiologické a histologické v literatuře zařazován do kategorie kolorektálního karcinomu. Léčebná strategie karcinomu rekta se významně odlišuje od terapie karcinomu tlustého střeva. To je dáno anatomickými poměry rekta a biologickým chováním nemoci, která má tendenci nejen k systémové diseminaci, ale i častým výskytem lokoregionálních relapsů. Léčba karcinomu rekta je typickým příkladem komplexní multimodální onkologické léčby. Důslednému stanovení rozsahu onemocnění je třeba věnovat velkou pozornost, protože správně provedený staging následně ovlivní léčebnou strategii. Stagingová vyšetření lze rozdělit na ta, která slouží k vyloučení vzdálené diseminace nemoci (tj. odlišení M0 od M1). Je to hlavně rtg plic, CT břicha a pánve, USG jater a PET CT. Pro strategii léčby lokalizovaného či lokálně pokročilého onemocnění je nutné provést vyšetření ke zjištění rozsahu primárního tumoru a regionálního uzlinového postižení (endorektální UZ).

Standardním postupem u nádorů T3, 4 a T2 N1 je předoperační konkomitantní chemo/radioterapie s 5-fluorouracilem nebo capecitabinem. Následně podle pooperační histologické klasifikace u nádorů ypT3, 4 a ypN+ je indikována pooperační léčba chemoterapií. Tato systémová léčba má nenahraditelný význam, protože vzdálená diseminace je u nemocných s nádorem rekta zjištěna do 2–3 let ve 30–40% případů. V indikovaných případech je prováděna adjuvantní radiochemoterapie.

Hodnocení kvality resekátu a onkologické radikality pro karcinom rekta

A. Ferko, M. Chobola, J. Ůrhalmi

Chirurgická klinika LF UK a FN

Hradec Králové

Technika TME vedla ke zlepšení výsledků léčby rakoviny konečníku. Snížení lokální recidivy až o 15 % je v literatuře dobře zdokumentovaný fakt. Role chirurga v léčbě karcinomu rekta je jednoznačná a nezastupitelná. Chirurg by měl excidovat část rekta s nádorem, včetně perirektální tukové tkáně, tj. být radikální i v cirkumferentním okraji (CRO), který musí být > 1 mm. Dalším důležitým kritériem kvality a radikality je kompletnost TME. Když již dosáhneme radikálního CRO, mezorektální tkáň nesmí být „potrhaná“. Mezorektum, kromě jiného, obsahuje lymfatickou tkáň, která může být postižena nádorem.

Je zřejmé, že současná kritéria na radikalitu operace pro karcinom rektu jsou jiná. Finální stanovisko patologa by mělo obsahovat kromě stanovení bio-

logické charakteristiky nádoru a stagingu, vyjádření o distální okraji a počtu uzlin, také vyjádření k CRO a kompletnosti excize (kompletní, částečně kom-

pletní, nekompletní). Bez těchto dat nelze prohlásit výkon za radikální a nelze zodpovědně rozhodovat o další pooperační onkologické léčbě.

ZHOUBNÉ NÁDORY DOLNÍ ČÁSTI GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU II.

předsedající: R. Gürlich, Z. Kala, J. Örhalmi – čtvrtek / 26. 4. 2012

Funkční výsledky po resekcích v aborální třetině rektu

J. Örhalmi, A. Ferko, M. Chobola

Chirurgická klinika LF UK

a FN Hradec Králové

Úvod: Léčba karcinomu rektu doznala za posledních 30 let značných změn. Zavedením a rychlým rozvojem staplerových technik významně poklesl podíl amputačních výkonů v oblasti rektu. Přehodnocení distální resekční linie z 5 cm na 2 cm a posléze na 1 cm vedlo k rozšíření sfinkter zachovávajících výkonů, jako jsou ultra nízká resekce rektu s koloanální anastomózou a intersfinkterické resekce rektu, bez ohrožení onkologických výsledků. Zároveň se tak do popředí u těchto výkonů dostala i problematika funkčních výsledků po těchto zákrocích.

Funkční výsledky se týkají problémů s kontinencí pro moč, pro stolicí a sexuální dysfunkce.

Metoda: Všichni pacienti s karcinomem v aborální třetině rektu byli předoperačně standardně vyšetřeni pro určení stadia onemocnění. Byl zhodnocen funkční stav svalů pánevního dna a análních sfinkterů. Standardně nebyla prováděna anorektální manometrie, u které mohl být výsledek předoperačně zkreslen přítomností tumoru. Funkční stav byl hodnocen pomocí mezinárodního dotazníku pro sexuální dysfunkce IIEF (International Index of Erectile Function), FSFI (Female Sexual Function Index), IPSS (International Prostate Syndrome Score). Kontrolní dotazník byl pacientovi předložen po ukončení adjuvantní onkologické terapie.

Výsledky: V intervalu od 1. 1. 2007 do 1. 12. 2011 bylo provedeno ve Vítkovické nemocnici a.s. celkem 47 resekčních výkonů pro karcinom rektu v aborální třetině. Jednalo se o 26 abdominoperineálních resekci rektu, z toho bylo 62 % provedeno laparoskopicky a 21 resekčních výkonů s anastomózou, z toho 57 % laparoskopicky. Dotazník bylo ochotno vyplnit 72 % pacientů. Sexuální aktivitu uvádělo 26 % pacientů. U 44 % pacientů došlo k rozvoji sexuální dysfunkce po

chirurgické a onkologické léčbě. Některý stupeň inkontinence pro stolicí uvádělo 86 % pacientů. Urologické problémy se vyskytovaly u 8,5 % pacientů. U třech pacientů bylo nutno provést abdominoperineální resekci rektu v další době pro inkontinenci stolice III. stupně.

Závěr: Pooperační funkční výsledky po resekcích rektu v aborální třetině významně ovlivňuje předoperační i pooperační chemoradioterapie. Není rozdíl mezi konvenčním a laparoskopickým přístupem. Na prvním místě je vždy onkologická radikalita, ale u méně pokročilých stadií karcinomu rektu je třeba dbát i na zachování co možná nejlepší kvality života nemocných.

Totální excize mezorekta z pohledu funkčních výsledků

M. Škrovina^{1,2}, J. Örhalmi³, J. Bartoš¹, P. Anděl¹, J. Parvez¹

¹Chirurgické oddělení, Nemocnice a Komplexní onkologické centrum Nový Jičín

²I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

³Chirurgická klinika FN Hradec Králové

Totální excize mezorekta u pacientů s karcinomem střední a dolní třetiny rektu je již 30 let považována za standardní operační výkon, který při technicky správném provedení zlepšuje prognózu pacienta z pohledu snížení incidence lokální rekurence, ale také s prodloužením doby přežití našich pacientů. Se zavedením nových diagnostických možností, aplikací multimodální terapie, využitím moderních a stále dokonalejších přístrojů a nástrojů, a také přímo úměrně se vzrůstem zkušeností jednotlivých pracovišť výrazně stoupá procento sfinkter šetřících resekci. Úlohou moderní onkologické chirurgie je však při snaze o dosažení co možná nejlepších onkologických výsledků také úsilí o zajištění optimálního pooperačního funkčního stavu a dobré kvality života.

Autoři formou literárního přehledu referují recentní data ze světového písemnictví. Zaměřují se hlavně na posouzení gastrointestinální, mo-

čové a sexuální funkce u pacientů s karcinomem rektu po totální mezorektální excizi. Referují porovnání vlivu laparoskopické a otevřené resekce, a také neoadjuvantní a adjuvantní terapie na funkční výsledky a celkovou kvalitu pooperačního života nemocných.

V závěru prezentace autoři představují návrh algoritmu pooperačního sledování těchto pacientů z pohledu hodnocení onkologických ale i funkčních výsledků a kvality života.

Erektilní dysfunkce u pacientů po resekcích rektu pro karcinom

R. Hrivnák¹, T. Šrámková², Z. Kala¹, I. Penka¹, O. Robek¹, L. Ostrůžková²

¹Chirurgická klinika FN a LF MU Brno

²Ústav psychologie a psychosomatiky

LF MU Brno, Klinika traumatologie

LF MU Brno, Úrazová nemocnice Brno

³Interní hematooonkologická klinika

FN a LF MU Brno

Autoři v přednášce definují pojem erektilních dysfunkcí, rozebírají příčiny a prevence vzniku ED u pacientů po chirurgické resekci rektu pro karcinom. Na sestavě vlastních pacientů prezentují vlastní výsledky.

Jsou indikovány multiviscerální resekce pro karcinom kolorekta?

R. Gürlich¹, J. Štefka¹, L. Havlůj¹, V. Bobek¹, V. Janík², M. Kubecová³

¹Chirurgická klinika FNKV a 3. LF UK Praha

²Radiodiagnostická klinika FNKV

a 3. LF UK Praha

³Radioterapeutická a onkologická klinika FNKV a 3. LF UK Praha

Úvod: Multiviscerální resekce je možností chirurgického řešení lokálně pokročilého kolorektálního karcinomu.

Metodika a výsledky: Na našem pracovišti patří multiviscerální resekce u indikovaných nemocných ke standardní operační technice.

V prezentovaném souboru komentujeme zejména pooperační morbiditu a mortalitu multiviscerálních resekčních výkonů pro kolorektální malignitu ve srovnání s publikovanými výsledky dalších autorů. Dlouhodobé výsledky vzhledem ke krátké době sledování neprezentujeme.

Závěr: Ve shodě s literaturou se domníváme, že multiviscerální resekce zvyšují procento resekability a signifikantně nezvyšují perioperační mortalitu ani morbiditu. Blokové resekce pro malignitu kolorektální oblasti by měly patřit na onkochirurgických pracovištích ke standardním technikám chirurgické léčby.

Ověření biologických vlastností resekčních linií kolorektálního karcinomu kvantitativní exprese mRNA CEA a TIMP-1

K. Rupert, M. Pesta, L. Holubec jr.,
J. Nosek, V. Třeška
FN Plzeň

Úvod: Kolorektální karcinom je civilizační onemocnění s vyšším výskytem v zemích s vyšší životní úrovní. Standarta jeho chirurgické radikální léčby vyžaduje odstranění úseku střeva s nádorem a odstranění závěsu střeva s lymfatickým a cévním zásobením. Resekční výkony se liší dle lokalizace nádoru, zásadou však zůstává, že vzdálenost resekční linie od nádoru nesmí být menší než 5 cm (respektive 2 cm u nádorů rekta) aborálním směrem a 10 cm orálním směrem. Pro ověření biologických vlastností resekčních linií kolorektálního karcinomu jsme zvolili stanovení mRNA dvou odlišných genů, a to mRNA karcinoembryonálního antigenu (CEA) a tkáňového inhibitoru matrixových metaloproteináz-1 (TIMP-1).

Metodika: Studie zahrnuje 45 pacientů operovaných pro kolorektální karcinom. Od těchto pacientů jsme získali nádorovou tkáň a vzorek tkáně z resekční linie. Z těchto vzorků jsme izolovali celkovou RNA, provedli restrikční

transkripci a stanovili hladinu mRNA, metodou real-time PCR, genů CEA, TIMP-1 and glyceraldehyd-3-fosfát dehydrogenázy (GAPDH) jako housekeeping genu.

Výsledky: Zjistili jsme statisticky významný rozdíl hladiny exprese mRNA CEA mezi nádorovou tkání a resekční linií, a také bez rozdílu lokalizace ($p < 0,0001$). CEA nebyla téměř v resekčních liniích detekována. Dále jsme zaznamenali statisticky významný rozdíl hladiny exprese TIMP-1 mezi nádorovou tkání a resekční linií ($p < 0,0436$). TIMP-1 jsme však detekovali ve všech vzorcích resekčních linií. Avšak při hodnocení dle jednotlivých lokalizací jsme již statisticky signifikantní rozdíl nezaznamenali.

Závěr: Nezaznamenali jsme přítomnost mRNA CEA, charakteristického pro nádorovou tkáň, v resekčních liniích. Přestože mRNA TIMP-1 byla přítomna ve všech tkáních resekčních linií, její hladina signifikantně nedosahovala hladiny v nádorové tkáni.

METASTATICKÉ POSTIŽENÍ U KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

předsedající: I. Čapov, I. Kiss, V. Třeška – čtvrtek / 26. 4. 2012

Pohled onkologa na léčbu vícečetného nebo recidivujícího metastatického kolorektálního karcinomu

I. Kiss, J. Tomášek, J. Halámková
Klinika komplexní onkologické péče
MOU a LF Brno

Kolorektální karcinom je jednou z nejčastějších příčin úmrtí na nádorové onemocnění. Přibližně 25 % pacientů je primárně diagnostikovaných v pokročilém stadiu onemocnění, tedy v době přítomnosti vzdálených metastáz. Nejčastěji jsou diagnostikovány metastázy^{2,3} jaterní 50–75 % a plicní 10–20 %. Vzácněji jsou diagnostikovány metastázy na peritoneu, vaječnících, nadledvinách, do kostí a mozku⁴.

Nejčastější léčebnou modalitou používanou v léčbě metastatického kolorektálního karcinomu je dvojkombinace chemoterapie na bázi oxaliplatinu (FOLFOX, XELOX) nebo irinotekanu (FOLFIRI, XELIRI), v posledních letech kombinace chemoterapie s biologickou léčbou (bevacizumabem, cetuximabem nebo panitumumabem). U pacientů mladších a ve velmi dobrém celkovém stavu je zkoušena trojkombinace chemoterapie FOLFOXIRI samostatně či opět v kombinaci s bio-

logickou léčbou. Tyto relativně nové léčebné režimy vedly v klinické praxi k postupnému nárůstu léčebných odpovědí na 50–80 % a prodloužení mediánu přežití na hranici 28 měsíců. Určitě je pozorovatelný trend zlepšení přežití v závislosti na léčebné odpovědi, nicméně největší benefit byl dosažen, pokud došlo ke konverzi původně inoperabilního onemocnění v operabilní a metastázy byly radikálně resekovány. V dnešní době jsou již k dispozici i výsledky dlouhodobého přežití těchto sekundárně resekovaných pacientů^{5,6}, které dosahují přežití 5 let až ve 40 % případů, což je plně srovnatelné s výsledky pacientů s primárně operabilním onemocněním. I když nejčastěji dochází ke konverzi po I. linii léčby, jsou popisovány případy, kdy po selhání I. linie léčby bylo teprve II. linií dosaženo konverze. Pooperační morbidita a mortalita je i tomto případě hodnocena jako bezpečná⁷, 33 % a 3 %. Dlouhodobé vyléčení farmakoterapií jako samostatnou léčebnou metodou je velmi raritní, méně než 1 %.

V současné době vyžaduje léčba metastatického kolorektálního karcinomu multidisciplinární přístup, kde klíčovou roli pro individuální strategii léčby hraje zhodnocení stavu operability onemocnění (resekabilní, potenciálně resekabilní)

versus neresekabilní se zohledněním intervenčních radiologických metod. V případech resekabilního či potenciálně resekabilního onemocnění je preferován agresivnější přístup (resekce, metastasektomie, chemoterapie) a otázkou je optimální sekvence jednotlivých léčebných modalit. V případech, kde není ohrožena pasáž zažívacím traktem, je preferována úvodní neadjuvantní či perioperační chemoterapie v kombinaci s biologickou léčbou. V případech neresekabilního onemocnění je preferována neagresivní sekvence chemoterapie s cílem zachování kvality onemocnění a prodloužení mediánu přežití.

Literatura

1. Software pro vizualizaci onkologických dat (SVOD), www.svod.cz.
2. Weiss L, Grundmann E, Torhorst J, et al. Haematogenous metastatic pattern in solid carcinoma: an analysis of 1541 necropsies. *J Pathol* 1986; 150: 195–203.
3. Manfredi S, Bouvier AM, Lepage C, et al. Incidence and patterns of recurrence after resection for cure of colonic cancer in a well defined population. *Br J Surg* 2006; 93: 1115–1122.
4. Sundermeyer ML, Meropol NJ, Rogatko A, et al. Changing patterns of bone and brain metastases in patients with colorectal cancer. *Clin Colorectal Cancer* 2005; 5: 108–113.
5. Bismuth H, Adam R, Levi F, et al. Resection of nonresectable liver metastase from colorectal cancer after neoadjuvant chemotherapy. *Ann Surg* 1996; 224: 509–522.

6. Adam R, Wicherts DA, de Haas RJ, et al. Patient with initially unresectable colorectal liver metastase: is there a possibility of cure? J Clin Oncol 2009; 27: 1829–1835

7. Brouquet A, Overman M, Kopetz S, et al. Is resection of colorectal liver metastases after second line chemotherapy regimen justified? Cancer 2011; 4484–4492.

Dlouhodobé výsledky chirurgické léčby jaterních metastáz kolorektálního karcinomu – nové prognostické faktory?

Z. Šubrt^{1,2}, A. Ferko^{1,2}, B. Jon¹, F. Čečka¹,

¹Chirurgická klinika FN a LF UK

Hradec Králové

²Katedra válečné chirurgie,

Fakulta vojenského zdravotnictví,

Univerzita Obrany Brno

Úvod: Chirurgická léčba jaterních metastáz kolorektálního karcinomu zůstává navzdory pokrokům v oblasti chemoterapie a biologické léčby jedinou potenciálně kurativní metodou léčby.

Cíl: Zhodnocení dlouhodobých výsledků chirurgické léčby jaterních metastáz kolorektálního karcinomu u nemocných operovaných na chirurgické klinice FN Hradec Králové.

Metodika: Prospektivně byla sledována skupina nemocných operovaných pro jaterní metastázy kolorektálního karcinomu za období leden 2005 až prosinec 2011 se zaměřením na základní ukazatele kvality léčby – celkové přežití (OS) a přežití bez známek nemoci (DFI).

Výsledky: Za sledované období bylo operováno 135 nemocných. Pětileté celkové přežití bylo 62,5 %. Pětileté přežití bez známek nemoci bylo 43 %. Z hodnocených prognostických faktorů se jako statisticky významná jeví přítomnost infekční komplikace v pooperačním období ($p < 0,05$).

Závěr: Výsledky chirurgické léčby jsou srovnatelné s výsledky specializovaných pracovišť. Jako nový prognostický faktor pro dlouhodobé přežití po operaci se jeví přítomnost pooperační infekční komplikace.

Práce byla podpořena výzkumným záměrem Ministerstva zdravotnictví České republiky – FN Hradec Králové MZO FN HK 2005 a výzkumným záměrem Ministerstva obrany – Univerzity obrany – Fakulty vojenského zdravotnictví Hradec Králové MO0FVZ0000503.

Jednodobá laparoskopicky asistovaná proktokolektomie a levostranná jaterní lobektomie u pacientky s pokročilým nádorem rekta

O. Sotona, J. Ůrhalmi, M. Chobola, A. Ferko

Chirurgická klinika LF UK a FN

Hradec Králové

Autoři prezentují případ pacientky s lokálně pokročilým nádorem rekta při familiární adenomatózní polypóze tračnicku a synchronním metastatickým postižením jater. Chirurgická léčba spočívala v jednodobé laparoskopicky asistované proktokolektomii s levostrannou jaterní lobektomií.

V první části je případ kompletně rozebrán včetně obrazové a video dokumentace, je prezentována také pooperační komplikace charakteru střevní ischemie při volvulu tenkého střeva.

Druhá část je zaměřena na laparoskopii a strategii léčby kolorektálního karcinomu se synchronním metastatickým postižením. I přesto, že je laparoskopie uznávaným způsobem léčby kolorektálního karcinomu a jaterních metastáz, prozatím není žádný konsensus pro její použití v léčbě kolorektálního karcinomu se synchronním metastatickým postižením jater. Nicméně se ukazuje, že u vybraných pacientů je volba laparoskopického přístupu k současnému řešení primární rakoviny tlustého střeva a synchronního jaterního postižení spojena se snížením operačního traumatu, pooperační morbidita a délky hospitalizace. Je to metoda bezpečná pro pacienta a onkologicky radikální.

Embolizace větve portální žíly u primárně inoperabilních nádorů jater

V. Třeška¹, T. Skalický¹, A. Sutnar¹, V. Liška¹, J. Fichtl¹, H. Mírka², F. Šlaup²

¹Chirurgická klinika FRN a LF UK Plzeň

²Radiodiagnostická klinika FN a LF UK Plzeň

Úvod: Embolizace větve portální žíly (PVE) je indikována u nemocných s nedostatečným zbytkem jaterní tkáně po resekci jater pro nádorové onemocnění. PVE tak zvyšuje počet primárně operabilních nemocných. Problémem PVE je nedostatečný nárůst jaterního parenchymu nebo progresu malignity.

Cíl studie: Na základě vlastních a literárních zkušeností autoři hodnotí dosavadní výsledky PVE a zaměřují se především na úskalí PVE ve smyslu jejího neúspěchu.

Metoda: 40 nemocných (35 s metastázami kolorektálního karcinomu, 2 s metastázou karcinomu prsní žlázy a jedna s metastázou karcinomu ovaria, 2 s hepatocelulárním karcinomem) bylo indikováno k PVE z důvodu nedostatečné jaterní rezervy po plánované resekci jater.

Výsledky: Jaterní resekce byla provedena u 22 nemocných v průměru za 42,6 dní po PVE. U 14 (35 %) nemocných nebylo možné provést jaterní resekci (11x progresu nádoru, 3x nedostatečný nárůst jaterní tkáně). Ve čtyřech případech byla provedena jen radiofrekvenční ablace. Jeden, dva a tři roky po jaterní resekci přežívá

83,7; 69,7 a 52,3 % nemocných, po exploraci a u neoperovaných nemocných jeden rok přežilo jen 25, resp. 22,2 % nemocných ($p < 0,001$). Jeden a dva roky po resekci bylo bez recidivy nádoru 30,3, resp. 7 % nemocných.

Závěr: PVE má dnes pevné místo v etapových výkonech na játrech pro zvýšení operability primárních a sekundárních nádorů jater. Pro zlepšení výsledků bude nutné zaměřit pozornost na růst objemu jater po PVE a zhodnocení taktiky onkologické léčby v období kolem PVE s cílem snížení výskytu progresu malignity v játrech a organismu před vlastní jaterní resekci.

Předoperační embolizace portální žíly před resekci jater Polyhemou

M. Köcher¹, M. Černá¹, M. Loveček²,

J. Peregrin³, V. Válek⁴

¹Radiologická klinika, LF UP a FN Olomouc

²I. chirurgická klinika, LF UP a FN Olomouc

³ZRIR IKEM, Praha

⁴Radiologická klinika, FN Brno

Cíl: Otestovat v klinické studii, zda substance Polyhema (2-hydroxyetyl metacrylate, vyvinutá Institutem Makromolekulární chemie České akademie věd) může být používána jako embolizační materiál pro embolizaci portální žíly u nemocných před resekci tumorů jater.

Materiál a metodika: V první části studie bylo testováno, zda je technicky možné použít Polyhema (PHEMA) v intrahepatickém portálním žilním systému. Substance je derivátem slavného Wichterlova gelu, který našel a stále ještě nachází své uplatnění v medicíně. Do studie byli zahrnuti pacienti s plánovanou předoperační embolizací portální žíly. Vlastní embolizace byla provedena standardní metodou perkutánní transhepatické punkce. PHEMA byla použita jako embolizační materiál u 12 pacientů.

Výsledky: PHEMA je tekutý embolizační materiál s vysokou viskozitou. PHEMA je rozpuštěná v alkoholu a v kontaktu s krví se srazí. Před aplikací je smíchána s kontrastní látkou v poměru 1:1 tak, aby byla radioopákní. Embolizační materiál je na skioskopii velmi dobře viditelný. Embolizace je dobře řiditelná, PHEMA velmi dobře plní periferní větve portálního systému. Embolizace byla provedena bez nedostatečné embolizace nebo jiných komplikací u všech 12 nemocných.

Závěr: Embolizace pomocí PHEMA je jednoduchá, technicky proveditelná a účinná. PHEMA může mít potenciální přínos i pro embolizaci jiných oblastí cévního řečiště.

Podporováno grantem IGA MZČR č. NT 11273–4/2010.

Radiologické metody v léčbě jaterních metastáz kolorektálního karcinomu

P. Kysela¹, V. Válek², T. Andrašina², Z. Kala¹

¹Chirurgická klinika FN Brno

²Radiologická klinika FN Brno

Přestože pouze chirurgická R0 resekce všech ložisek dává šanci na vyléčení, pouze multimoreální léčba vede k ideálním výsledkům léčby pacientů s jaterními metastázami kolorektálního karcinomu. Pouze asi 25 % pacientů s nimi je však primárně resekabilních.

Přednáška hodnotí efekt a budoucí trendy lokoregionální chemoterapie/embolizace ve FN Brno jak v indikaci neoadjuvantní, tak paliativní léčby, lokálně ablační techniky – RFA především taktéž jak v indikaci paliativní, tak kurativní ve spolupráci s chirurgickými postupy a efekt embolizace portální žíly k dosažení sekundární resekability u pacientů s malým levým jaterním lalokem před rozsáhlou chirurgickou resekci.

Na základě vlastních výsledků je zřejmé, že pacienti, kteří dosáhnou na resekci jaterních metastáz jakoukoliv neoadjuvantní modalitou, mají pětileté přežití významně delší, než pacienti s podobným rozsahem onemocnění, kteří resekováni nejsou. Neresekabilní pacienti, kteří jsou vhodní k lokálně ablační léčbě nebo k lokoregionální chemoterapii/embolizaci, mají přežití taktéž signifikantně prodloužené proti skupině pacientů na systémové chemoterapii.

Peroperační sonografie jater u kolorektálního karcinomu – statistické zhodnocení souboru 500 pacientů

J. Bartoš¹, M. Škrovina², J. Parvez², B. Čech³, M. Velkoborský³, R. Soumarová⁴

¹Chirurgické oddělení Nemocnice

Nový Jičín, a.s.

²Chirurgické oddělení KOC Nový Jičín

³Radiodiagnostické oddělení KOC Nový Jičín

⁴Radioterapie, a.s., Nový Jičín

Prudký rozvoj jaterní chirurgie v posledních dvaceti letech a nové možnosti v konzervativní léčbě jaterních metastáz u kolorektálního karcinomu významně zlepšují prognózu nemocných. Tyto okolnosti vytváří tlak na precizní perioperační diagnostiku jaterních metastáz. Jednou z možností jak diagnostikovat jaterní léze je peroperační sonografie jater (IOUS) se zachytem ložisek o velikosti pod 5 mm.

V našem souboru 500 pacientů za období pěti let srovnáváme předoperační CT nálezy jater s peroperační sonografií. V analýze srovnáváme maligní jaterní léze v jednotlivých segmentech a parametry souboru.

Soubor je složen z mužů i žen ve věkovém rozpětí od 27 do 86 let s medianem 64. Celkový výskyt metastáz u souboru 500 pacientů je 17,4 %, z 332 mužů bylo 59 pozitivních tj. 17,8 %, ze 168 žen bylo pozitivních 28 tj. 16,7 %.

Studentovým t-testem nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi věkem pacientů, u kterých byly některou metodou diagnostikovány metastázy a těch, kteří byli oběma metodami diagnostikováni jako negativní, $p = 0,518$.

Chí-kvadrát testem nebyl prokázán statisticky významný rozdíl ve výskytu metastáz u pacientů, kterým byly některou metodou diagnostikovány metastázy a těch, kteří byli oběma metodami diagnostikováni jako negativní, $p = 0,758$.

Závěr: Práce statisticky hodnotí význam peroperační sonografie jater a předoperačního CT vyšetření u souboru 500 pacientů s kolorektálním karcinomem.

Resekce plicních metastáz u kolorektálního karcinomu – systematická review

I. Čapov, J. Doležel, V. Jedlička, A. Pešťal, M. Veselý, Z. Chovanec
I. chirurgická klinika LF MU
a FN U sv. Anny Brno

Resekce plicních metastáz (PM) kolorektálního původu jsou běžnými chirurgickými zákroky i v ČR. Méně často jsou resekce PM spojeny i s resekci jaterních metastáz, časově obvykle posloupně. Pětileté přežívání pacientů po resekci PM kolorektálního karcinomu dosahuje v průměru 48 %. V současné době neexistuje jediná randomizovaná studie věnující se problematice chirurgické léčby PM.

Za nepříznivé prognostické faktory jsou považovány časný výskyt metastáz, větší počet PM, krátký TDT (Tumor Doubling Time) a krátký DFI (Disease Free Interval). Pomocí TDT je možno, podle některých autorů, predikovat rekurenci metastáz kolorektálního původu jak v játrech, tak i v plicích. Odvislé od účinnosti chemoterapie, imunoterapie. Velmi důležitými rizikovými faktory jsou metastatický potenciál a vaskulární zásobením nádoru.

V přednášce je diskutována i otázka lymfadenektomie u plicních metastáz, jež je předmětem diskuze řady odborných akcí. Ukončená grantová studie vedená MUDr. J. Doleželem z I. chir. kliniky v Brně, na které participovaly další dvě univerzitní klinická pracoviště z Plzně a Olomouce, prokázala pozitivitu uzlin v 8,9 % (mix origa). Incidence postižení mediastinálních lymfatických uzlin u metastazujícího kolorektálního karcinomu se pohybuje v rozmezí 7,1 – 30,3 %. Ve velkých souborech (100 a víc pacientů) v rozmezí 12,0–19,2 %. Rutinní lymfadenektomie v chirurgii plicních metastáz není v současné době všeobecně přijímána.

VARIA I.

předsedající: J. Sankot, J. Šťastný, P. Vávra – pátek / 27. 4. 2012

Výsledky chirurgické léčby KRK v podmínkách oblastní nemocnice

M. Sirový, P. Janata, L. Etflaiš, P. Střihavka
Chirurgické oddělení
Oblastní nemocnice Jičín a.s.

Autoři ve svém sdělení shrnují výsledky 296 případů střevních resekcí pro kolorektální karcinom provedených na chirurgickém oddělení Oblastní

nemocnice Jičín v uplynulých šesti letech (2006 – 2011). Retrospektivně hodnotí grading a staging nádoru, adekvátnost resekce včetně přilehlého lymfatického povodí, přidružené komplikace, perioperační morbiditu a mortalitu, délku hospitalizace jako i délku pobytu pacienta na JIP. Závěrem se na základě zjištěných skutečností zamýšlí nad možnostmi, které nabízí pracoviště tohoto typu při léčbě kolorektálního karcinomu.

Současné podmínky a nezbytné požadavky pro operativu kolorektálního karcinomu na pracovišti okresního typu

P. Špička¹, V. Brtník², M. Folprecht³,
B. Přechtělová⁴

¹Chirurgické oddělení, SMN a.s., o.z.
Nemocnice Prostějov

**²Oddělení radiační onkologie, SMN a.s.,
o.z. Nemocnice Prostějov**

**³Radiodiagnostické oddělení, SMN a.s.,
o.z. Nemocnice Prostějov**

**⁴Anesteziologicko-resuscitační oddělení,
SMN a.s., o.z. Nemocnice Prostějov**

Úvod: Kolorektální karcinom je zhoubným onemocněním, se kterým se lékař na chirurgickém pracovišti okresního typu setkává nejčastěji. Operativa těchto onemocnění prošla dlouhým vývojem a i přes fakt, že je snaha o určitou centralizaci některých výkonů na specializovaná pracoviště, lze v okresních podmínkách operovat nemocné s kolorektálním karcinomem „lege artis“.

Cíl: Cílem přednášky je seznámit širokou chirurgickou veřejnost s operativou KRK na chirurgickém oddělení Nemocnice Prostějov, která má na tomto oddělení letitou tradici a která i zde prošla a stále prochází vývojem směrem k nejmodernějším operačním postupům.

Materiál, výsledky: Autor zpracovává podmětku a nezbytné požadavky k operativě KRK na pracovišti okresního typu a uvádí sestavu pacientů operovaných na chirurgickém oddělení Nemocnice Prostějov v letech 2009 – 2012. Jsou uvedeny četnosti jednotlivých výkonů za dané období, počet akutních a plánovaných výkonů, pokročilost onemocnění, komplikace výkonů, zdůrazněn je v posledním roce multidisciplinární přístup, význam mezioborové indikační komise, dokonalé předoperační nutriční přípravy pacienta, použití nových technologií up to date.

Závěr: Kolorektální karcinom je stále aktuálním problémem na většině chirurgických pracovišť v České republice. Vzhledem k současné situaci ve zdravotnictví dochází nejen na pracovištích okresního typu k určitým potížím při aplikaci moderních léčebných postupů v chirurgické léčbě KRK, přesto tato operativa nemusí být doménou klinických pracovišť a za podmínek dostupnosti nejnovějších vyšetřovacích metod, mezioborové spolupráce, specializovaného a vysoce erudovaného týmu lze řešit tuto problematiku i na pracovištích okresního typu, která jsou k tomu dostatečně personálně a materiálně vybavena.

Gastrointestinální stromální nádor rektu – resekce z transsakračního přístupu

J. Sankot

Chirurgické oddělení,

Vsetínská nemocnice, a.s.

Úvod: Gastrointestinální stromální nádor (GIST) má poměrně řídký výskyt, jeho lokalizace v rektu je

velmi vzácná – méně než 5 % případů. Při rozvaze o radikálním operačním řešení nádoru je důležitý jeho maligní potenciál, resekce pak vždy vyžaduje intaktní resekční linii. Zadní suprasfinkterická či transsfinkterická rektotomie je známa poměrně dlouho a používala se při lokální resekci adenomů nebo malých karcinomů rektu. S rozvojem transanální endoskopické mikrochirurgie (TEM) se její využití značně snížilo a metoda se téměř opustila.

Kazuistika: V červnu 2010 jsme operovali 49letou pacientku pro GIST rektu s prorůstáním do rektosakračního prostoru a musc. levator ani. Provedli jsme transsakrační suprasfinkterickou rektotomii s částečnou resekci levatoru. Hojení bylo nekomplikované, nádor měl nízkou proliferativní aktivitu, resekční linie byla intaktní. Dvacet měsíců po resekci není recidiva.

Závěr: Transsakrační přístup má i dnes význam při řešení některých nádorů pánve vyrůstajících ze stěny rektu.

Důvěryhodnost kolonoskopie – čemu věřit a čemu ne?

M. Stašek

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Kolonoskopie je základní diagnostickou metodou pro onemocnění terminálního ilea, tlustého střeva a konečníku. Navzdory její široké dostupnosti a standardnímu provedení lze narazit na nesoulad mezi provedením, popisem a následným hodnocením nálezu.

Sdělení upozorňuje na technické a lokalizační chyby, přínos v screeningu a diagnostice kolorektálních prekanceróz, malignit a jeho limity, možnosti endoskopické diagnostiky komplikací a chyby ve volbě endoskopické terapie.

RFITTH – nová miniinvazivní metoda řešení vyšších stadií hemoroidální cho- roby, časně výsledky pilotní studie

J. Duben¹, J. Gatěk¹, B. Dudešek¹,

L. Hnátek¹, P. Humpolíček²

**¹Chirurgické oddělení Nemocnice Atlas
a Univerzita T. Bati, Zlín**

²Univerzita T. Bati, Zlín

Úvod: Hemoroidální choroba je nejčastější benigní onemocnění anorektu. K léčení hemoroidální choroby jsou používány metody konzervativní, minimálně invazivní a chirurgické. Radiofrekvenční termoablace RFITTH je populární metoda léčení křečových žil.

Cíl studie: Ověřit použitelnost radiofrekvenční termoablace jako terapeutické modalit v léčení hemoroidální choroby.

Metoda: Metodika RFITTH byla vyvinuta na chirurgickém oddělení nemocnice Atlas a.s. Pilotní studie probíhá od roku 2007. Léčeny jsou vyšší stadia hemoroidální choroby – stadium III a IV dle Golighera. Je používána bipolární sonda Celon Pro BREATH a generátor CelonLabPRECISION.

Výsledky: Od 9/2007 do 10/2010 bylo ope-rováno metodou RFITTH 71 pacientů ve stadiu III a IV dle Golighera. Metoda byla úspěšně ověřena u všech pacientů. Komplikace (anální fissura, trombóza uzlu) se vyskytly u 4,26 % pacientů, recidiva onemocnění u 2,8 % pacientů. Střednědobá spokojenost pacientů s výkonem byla 99,5 %. Studie nadále probíhá.

Závěr: Radiofrekvenční termoablace hemoroidů RFITTH je novou miniinvazivní léčebnou modalitou v terapii vyšších stadií hemoroidální choroby. Metoda má nízké procento komplikací, je pacienty dobře snášena a umožňuje rychlý návrat k pracovní činnosti.

Urychlení regenerace jaterního parenchymu aplikací kmenových buněk po embolizaci portální žíly u primárně inoperabilních pacientů s metastázami KRCA

**J. Fichtl¹, V. Třeška¹, T. Skalický¹, A. Sutnar¹,
V. Liška¹, H. Mírka², D. Lysák³**

¹Chirurgická klinika FN Plzeň

²Klinika zobrazovacích metod FN Plzeň

³Hematologické oddělení FN Plzeň

Úvod: Kolorektální karcinom (KRCA) je celosvětově druhým nejčastějším karcinomem, Česká republika je na prvním místě na světě. U 15–40 % operovaných je přítomna synchronní jaterní metastáza, metachronní jaterní metastázy se vyskytují u 60–80 % nemocných. Pětileté přežití nemocných s jaterními metastázami je při konzervativní léčbě < 1 %. Primární operabilita je celosvětově jen 15–25 %. Jednou z příčin nízké resekability jaterních metastáz je nedostatečný zbytek parenchymu po jaterní resekci (FLRV). Ke zvýšení resekability jaterních nádorů u této skupiny nemocných je v současnosti dobře zavedená metoda embolizace větve portální žíly (PVE) na straně nádoru. Avšak asi u 30–40 % nemocných nedojde po PVE k dostatečné regeneraci jaterního parenchymu nebo dojde k progresi nádoru v játrech.

Cíl: Prezentovat postup při zavádění nové metody a předvést kazuistiku jednoho z pacientů zařazených do naší studie, která sleduje využití HPC (adultních kmenových buněk) k potencování hypertrofie jaterního parenchymu po PVE u nemocných s primárně inoperabilními metastázami KRCA do jater.

Metoda: V období od června 2010 do prosince 2011 jsme provedli PVE + aplikaci HPC, či stimulaci u 8 nemocných. U vybraného pacienta nevhodného k primární resekcí provedeme punkci jater k vyloučení jaterního postižení, náběr virologie, ICG test. Zhotovíme vícefázové CT jater s volumetrií k posouzení FLRV. Jestliže má nemocný s jinak zdravým jaterním parenchymem FLRV < 30%, je zařazen do studie. Tři dny před PVE začneme u nemocného stimulovat kostní dřeň pomocí faktoru stimulujícího granulocytární kolonie (G-CSF) k vyplavení HPC do periferní krve. Po PVE provedeme aferézu se získáním koncentráту HPC, který následně aplikujeme cestou v. ileocolica do neembolizované větve portální žíly. Jakmile dojde k dostatečnému nárůstu FLRV indikujeme resekcí jater. K dostatečné regeneraci jaterního parenchymu by mělo dojít do 3 týdnů po PVE a aplikaci HPC. Presentujeme metodu a kazuistiku jednoho z nemocných zařazených do studie.

Výsledek: U primárně inoperabilního 75letého pacienta s nedostatečným FLRV jsme po PVE + aplikaci HPC provedli pravostrannou hepatektomii, nyní 20 měsíců od výkonu, dle zobrazovacích metod bez známek recidivy v játrech, subjektivně zcela bez obtíží. Nadále sledován v jaterní poradně.

Závěr: Aplikace HPC u vybraných nemocných po PVE se jeví jako nová nadějná metoda stimulace růstu jaterního parenchymu před radikální resekcí jaterních nádorů. Presentujeme zkušenosti jako první pracoviště v ČR.

Srovnání otevřené a laparoskopické radiofrekvenčně asistované resekce jater

P. Vávra¹, J. Nowaková, M. Hasal², T. Jonszta², M. Vávrová², P. Ilnát¹, M. Penhaker³, N. Habib⁴

¹Chirurgická klinika FN Ostrava

²Radiologický ústav FN sP Ostrava

³VŠB-TU Ostrava

⁴Department of Surgery, Hammersmith Hospital, London

Cíl: Laparoskopická resekce jater doznala v posledních letech řady změn. Od původních skeptických pohledů, které se týkaly transektce jaterního parenchymu, rizika masivního krvácení či zachování onkologických zásad, byla řada těchto obtíží překonána s rozvojem této techniky a modifikací nástrojů. Nově vyvinutá technika HALS (Hand Assisted Laparoscopic Surgery) resekce jater se ukazuje jako bezpečná a vhodná alternativa pro řadu méně rozsáhlých jaterních resekcí. RFA (radiofrequency ablation) jaterní resekce je referována jako bezpečná metoda s minimální morbiditou a mortalitou a snižující peroperační krevní ztráty, a tím i nutnost podání krevních transfuzí.

Materiál a metodika: Autoři předkládají vlastní soubor pacientů operovaných na chirurgické klinice FN Ostrava v letech 2007 – 2011 radiofrekvenčně asistovanou technikou a předkládají výsledky srovnání otevřeného přístupu a manuálně asistované laparoskopické resekce jater.

Výsledek: V období 5 let bylo na chirurgické klinice FN Ostrava operováno pro jaterní onemocnění celkem 184 pacientů. Kritéria nesplňovalo a ze studie bylo vyřazeno 50 pacientů. Ve studii bylo hodnoceno 134 pacientů, kteří podstoupili radiofrekvenčně asistovanou otevřenou resekcí jater (87 pacientů) a radiofrekvenčně asistovanou laparoskopickou resekcí jater (47 pacientů). Autoři předkládají soubor dat ohledně srovnání obou technik včetně vyhodnocení 5letého intervalu přežití a intervalu bez nemoci.

Závěr: Kombinace výše uvedených metod HALS a RFA se jeví jako bezpečná, efektivní a krevní ztráty redukcující metoda pro resekce jaterních lézí. Rozvoj této metody může ve svém důsledku znamenat větší počet pacientů profitujících z laparoskopického přístupu při operacích jaterních malignit.

Radiofrekvenční ablace (RFA) v léčbě jaterních metastáz

kolorektálního karcinomu (JM KRCa) na okresním pracovišti

J. Šťastný¹, A. Gryga¹, K. Vildomec¹, M. Folprecht²

¹Chirurgické oddělení, Nemocnice Prostějov, SMN a.s.

²Radiodiagnostické oddělení, Nemocnice Prostějov, SMN a.s.

Autoři ve svém sdělení upozorňují na skutečnost, že i chirurgické pracoviště okresního typu může přispět k léčení pacientů s JM KRCa. Důležitá je přitom existence HPB-poradny, vybavení potřebným technologickým zázemím a spolupráce multioborové indikační komise.

Významná je ovšem i vzájemná koordinace a informovanost mezi HPB-poradnami jejich chirurgického oddělení a spádovou chirurgickou klinikou ve FN Olomouc.

V místě své působnosti navázali dobrou spolupráci mezi chirurgickým oddělením a terénními lékaři, kteří odesílají pacienty ke konzultacím do HPB-poradny. Zde vyšetření pacienti pak projdou chirurgicko-onkologickou indikační komisí za účasti dalších specialistů.

Vybraní pacienti jsou indikováni k RFA, ostatní jsou odesíláni k resekcím výkonům na játrech na vyšší pracoviště.

Rozebírají vlastní sestavu 8 pacientů řešených v průběhu roku 2011, z nichž u 2 použili RFA pod CT navigací a u 6 při laparotomii. Využívají sondy Habib, jehel Star-burst a generátor RITA 1500X RF fy. AngioDynamics.

Všichni pacienti jsou po výkonu dispenzarizováni a ve spolupráci s onkologem podstupují další kombinovanou chemoterapii či biologickou léčbu.

Při své práci dodržují přehled doporučení z Národního referenčního centra v podobě

Klinického standardu pro diagnostiku a léčbu pacientů se sekundárním zhoubným onemocněním jater, především u kolorektálního karcinomu, který platí od ledna 2011.

VARIA II.

předsedající: A. Gryga, M. Loveček, J. Rejholec – pátek / 27. 4. 2012

Multiviscerální resekce pankreatu

F. Čečka, B. Jon, M. Leško, Z. Šubrt, A. Ferko
Chirurgická klinika LF UK
a FN Hradec Králové

Resekce pankreatu je jedinou potenciálně kurativní metodou léčby nádorů pankreatu, jedná se o náročné operační výkony s poměrně vysokou morbiditou. Ve vybraných případech je možné provést resekci pankreatu spolu s resekcí dalšího

orgánu tak, aby byl zabezpečen radikální výkon, tzv. multiviscerální resekce. V letech 2007 až 2011 jsme na Chirurgické klinice v Hradci Králové provedli 109 resekcí pankreatu, z toho jsme v 8 případech provedli resekci multiviscerální. Cílem

tohoto sdělení je shrnout naše výsledky a zkušenosti multiviscerálních resekcí pankreatu.

Jak rozlišit chirurgické a nechirurgické pneumoperitoneum?

F. Čečka, Z. Šubrt, O. Sotona

Chirurgická klinika FN Hradec Králové

Pneumoperitoneum je radiologický nález zjistitelný při zobrazovacích vyšetřeních, nejčastěji při RTG snímku břicha vestoje s horizontálním chodem paprsků nebo při CT vyšetření břicha. Ve většině případů tento nález znamená perforaci dutého orgánu v dutině břišní a tento stav je nutné řešit chirurgickou revizí dutiny břišní. Nicméně v některých případech má pneumoperitoneum jinou příčinu a stav pacienta není nutné řešit chirurgicky. Cílem tohoto sdělení je shrnout příčiny tzv. „nechirurgického pneumoperitonea“ a dále sestavit doporučení jak rozlišit chirurgické a nechirurgické pneumoperitoneum.

Iatrogenní poranění žlučových cest – socioekonomické důsledky

M. Loveček, R. Havlík, Č. Neoral

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Incidence poranění žlučových cest vzrostla z 0,1–0,2% za éry otevřené klasické CHCE na 0,4–0,7% za současné éry převládající laparoskopické CHCE. Velké populační studie švédské či severoamerické vykazují podobné incidence – kolem 0,4%. Důsledkem iatrogenních lézí žlučových cest je zvýšená morbidita a mortalita takto postižených pacientů, snížené dlouhodobé přežívání, snížená kvalita života a zvýšená míra následných soudních sporů či mimosoudních vyrovnání. Nejzávažnější fakt je však zásah do života zejména mladých pacientů v produktivním věku, u nichž dochází k velmi těžké újmě na zdraví vedoucí mnohdy k celoživotní deterioraci všech rovin života – rodinné, ekonomické, společenské.

Rizikové faktory pro vznik léze žlučových cest jsou věk – 2,5 krát vyšší riziko je u pacientů nad 70 let, komorbidita a mužské pohlaví. Provedení intraoperační cholangiografie před přerušením struktur snižuje riziko vzniku tohoto poranění. Prioritní tak musí být prevence vzniku takovýchto poranění. Všechna pracoviště zabývající se chirurgií hepatobiliární oblasti by měla přijmout jako indikátor kvality frekvenci poranění žlučových cest.

Cílem chirurgické rekonstrukce žlučových cest je obnova volného odtoku žluči a prevence časných a pozdních komplikací: biliární píštěl, intraabdominální absces, striktura žil, cest či bilio-

enterické anastomózy, rekurentní cholangitidy, sekundární biliární cirhóza jater. Výrazně vyšší riziko časných a pozdních komplikací se objevuje, pokud reparující chirurg je ten, kterému se poranění přihodilo. Je v zájmu výhradně nemocného, aby se rekonstrukce žlučových cest prováděly na pracovištích se zkušeností s hepatobiliární chirurgií, potažmo s rekonstrukcemi těchto lézí.

Autoři doplňují sdělení prezentacemi 2 kazuistik nemocných s iatrogení lézí žlučových cest a jejich dalšího řešení včetně možností odškodnění a doporučení dostupné literatury.

Karcinom žlučníku – současná léčba, kazuistiky

A. Sutnar, V. Třeška, T. Skalický,

V. Liška, H. Mírka

Chirurgická klinika FN Plzeň

Klinika zobrazovacích metod FN Plzeň

Úvod: Karcinom žlučníku je 4. nejčastěji se vyskytující nádor GIT, nejvíce případů se objevuje v 6. dekadě, v 90% se jedná o adenokarcinom a je 2–3x častější u žen. Je náhodným nálezem u méně než 1% všech operací žlučníku. Jeho pětileté přežití je 5–10%. Tato čísla jsou spojena s poměrně velkou agresivitou karcinomu, rychlým prorůstáním do okolí, metastazováním do jater a plic a často pozdní diagnostikou.

Metodika: Diagnostika karcinomu žlučníku bývá obtížnější, protože potíže nemocných jsou velmi často spojovány s cholecystolitiazou a pokud je nález ohraničen pouze na samotný žlučník, může být i na grafických vyšetřeních, jako je sonografie či CT, karcinom zaměněn za chronický zánět. Bezpečně rozhodne až definitivní histologické vyšetření. Proto je snaha nálezy, které jsou brány jako prekancerózy, včas řešit. Mezi tyto rizikové nálezy patří porcelánový žlučník, polypy žlučníku, které jsou větší než 1 cm, či rychle rostou a chronická cholecystitida. I tak přichází více jak v 60% případů nemocní pozdě, kdy je nádor již hmatný nebo se objeví ikterus z obstrukce a nádor má již založené metastázy.

Léčba: Jediná léčba, která může vést k úplnému uzdravení, je chirurgická. Vzhledem k rezistenci nádorů není chemoterapie ani radioterapie v léčbě přínosem. Nejlepší výsledky léčby mají nádory zachycené časně, které nejsou pokročilé a nevytváří metastázy. Jsou to nádory in situ/CIS/a nádory stadia T1a. U těchto nádorů stačí provedení cholecystektomie a pravidelné kontroly. Nádory od stadia T1b a T2 již metastázy tvoří, nicméně i když při grafickém vyšetření metastázy nenajdeme, je standardně prováděna rozšířená cholecystektomie s resekci lůžka žlučníku a lymfadenektomií z hepa-

to-duodenálního ligamenta. Až do tohoto stadia jsou nádory nejčastěji diagnostikovány náhodně z histologického vyšetření po provedené laparoskopické cholecystektomii. Důležité je u stadií T1b a T2 časně provést resekci lůžka s lymfadenektomií, abychom nemocným zvýšili šanci na uzdravení. Stadia T3 a T4 jsou pro chirurga jen málokdy řešitelné, nicméně je třeba ke každému nemocnému přistupovat individuálně a v indikovaných případech je možné i provedení větší jaterní resekce. Na příkladech zde prezentují autoři své zkušenosti na jednotlivých kazuistikách

Závěr: Chirurgická léčba výrazně zvyšuje šanci nemocných na dlouhodobé přežití. Nejlepší prognózu mají CIS, T1a, b stadia – většinou náhodné nálezy po laparoskopické cholecystektomii. U T1b a T2 stadií je nutná včasná resekce lůžka s lymfadenektomií, jinak dlouhodobé přežití klesá.

Roboticky asistovaná chirurgie – současná situace v ČR v porovnání se světem a perspektivy rozvoje

V. Študent

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Cíl: Srovnání rozvoje oboru ve světě a v ČR, současné využití a jeho perspektivy.

Materiál a metoda: Roboticky asistovaná chirurgie je nový rozvíjející se obor, který se výrazně prosazuje především v USA v oblasti urologické a gynekologické operativy. USA s více jak 1 500 instalacemi da Vinci robotického systému v průběhu posledních let navýšily podíl robotických operací na celkovém chirurgickém řešení na 80% u radikální prostatektomie a 66% u radikálních hysterektomií pro onkologickou diagnózu. Například v kolorektální chirurgii je tento podíl u nízké přední resekce rektu jen 5%.

Z celkového počtu 360 000 operací provedených ve světě v roce 2011 gynekologie tvořila 50%, urologie 39%, všeobecná chirurgie 6%. V ČR bylo v roce 2011 provedeno na 7 pracovištích vybavených robotickým systémem da Vinci celkem 1 292 výkonů s 76% podílem urologie, 11% všeobecné chirurgie a 8% gynekologie, podobné výsledky mají i ostatní země v Evropě.

Robotický systém se neustále vyvíjí a rozšiřují se možnosti jeho využití. K posledním novinkám patří jednoportová roboticky asistovaná chirurgie, fluorescenční peroperační zobrazení nebo škála nových robotických nástrojů.

Odpověď na otázku, zda individuální zdravotní systém má vkládat finance do úhrady robotických operací, hledají jednotlivé státy s využitím nezávislých agentur zabývajících se

hodnocením moderních technologií tzv. health technology assesment. Poslední studie z Irska doporučuje multioborové využití systému na specializovaných pracovištích s dostatečným počtem indikovaných pacientů.

Závěr: V posledních letech je roboticky asistovaná chirurgie v ČR diskutována na celospolečenské úrovni a hledá se její optimální využití s ohledem na nákladovou analýzu. Dá se jednoznačně očekávat, že tato metoda bude patřit dříve nebo později mezi standardní operační postupy.

Přínos a komplikace bariatrické a metabolické chirurgie

P. Vaverka¹, V. Růžička¹, J. Šťastný¹, A. Gryga¹, M. Folprecht²

¹Chirurgické oddělení nemocnice Prostějov, SMN a.s.

²Radiodiagnostické oddělení nemocnice Prostějov, SMN a.s.

International Obesity Task Force zveřejnila údaj o 1,6 miliardy osob s nadváhou. 400 milionů z nich trpí závažnějším stupněm obezity. Recentní studie v ČR z roku 2005 se pozastavuje nad smutnou skutečností: v ČR má jen 41 % osob normální hmotnost! Celý 1,5 milionu obyvatel naší republiky trpí obezitou a především komorbiditami: hypertenzí, onemocněními kardiovaskulárního aparátu, pohybového aparátu a dalšími. Diabetes II. typu je u této skupiny nemocných pravidlem, je obtížně ovlivnitelný a nemocné invalidizuje svými komplikacemi. Obezita a její důsledky jsou psycho-sociálně zdravotním problémem jedince, který se obtížně zařazuje ve svém osobním životě, ve společnosti a je často limitován jeho kariérní růst. Společensky tito nemocní čerpají až 2,5 násobek průměrných výdajů na nemocné jedince. Dnes je zřejmé, že trvalá léčba obezity změnou dietních návyků u většiny jedinců selhává, farmakologická podpora má svoje úskalí a je obtížně dostupná. Původně má bariatrická chirurgie svoje historické kořeny a základ především v minulém století. Významným posunem bylo zavedení miniinvasivních operačních metod, které jsou náročné a patří do rukou jen zkušeného týmu. Na druhé straně eliminují mnohé z perioperačních komplikací tak častých u těchto nemocných: komplikace v hojení ran, pooperační respirační potíže, pohotovost k EAP. Bariatrická a metabolická chirurgie prochází dále svým vývojem. Výkony restriktivní, původně tzv. bandáž žaludku, která byla díky materiálům a konstrukci samotné provedena k dokonalosti, je vytlačována výkony,

kteří kombinují jak restriktivní tak malabsorpční efekt: sleeve resekce žaludku, laparoskopické gastroplicace a vysloveně malabsorpční výkony typu různých výkonů ve smyslu bypassu nebo Scopinariho operace. V posledních letech obezitologická společnost a diabetologická společnost plně uznaly bariatrickou a metabolickou chirurgii. Těsná mezioborová spolupráce a cílená indikace jednotlivých typů výkonů pro jednotlivé nemocné zvyšuje účinnost a především trvalý efekt těchto operací. Proto dnes mluvíme o léčení diabetu II. typu chirurgickou cestou a podobně. Každá intervence, každý operační výkon s sebou nesou zvýšené riziko. Práce se především zabývá výší tohoto rizika, jeho vztahu k četnosti jednotlivých výkonů a personálně technickému vybavení pracoviště, které se touto chirurgií zabývá. Jsou prezentovány, méně obvyklé až kuriózní komplikace těchto operací, bohuďák jen výjimečně končí fatálně pro nemocného.

Laparoskopické řešení náhlé příhody břišní v onkochirurgii – kazuistická sdělení

J. Rejholec, J. Moravík, I. Náhlík
Chirurgické oddělení Nemocnice Děčín o.z. – Krajská zdravotní a.s.

Úvod: Na dvou kazuistikách demonstrujeme diagnostické a následně terapeutické možnosti miniinvasivního přístupu u pacientů s adenokarcinomem tlustého střeva demonstrovaného perforační příhodou s peritonitidou.

Kazuistika 1: U pacienta po endoskopické polypektomii stopkatého polypu sigmatu došlo perforaci sigmatu. Pacient byl hospitalizován po 24 hodinách s peritonitidou, indikován k laparoskopické revizi. Byla provedena revize, laváž, drenáž a antepozice postiženého úseku jako axiální stomie. Pacient se zahojil bez komplikací. Histologicky však polyp hodnocen jako adenokarcinom. Po stabilizaci stavu indikována laparoskopická resekce sigmatu se zanořením stomie. Druhá operace i pooperační období také proběhly bez komplikací. Definitivní resekát a staging hodnocen jako T2N1M0. Pacient aktuálně podstupuje adjuvantní chemoterapii.

Kazuistika 2: Pacientka byla přijata pro neprůchodnost střevní a známky peritoneálního dráždění v pravém podbřišku. Dle CT vyšetření stenozyující tumor sigmatu s perforací. Vzhledem ke klinickému a CT nálezu indikována akutní laparoskopická revize. Byla provedena laparoskopická resekce sigmatu dle Hartmanna. Operace a pooperační období proběhly bez komplikací. Jmenovaná

byla 6. pooperační den předána ve stabilizovaném stavu do ambulantní péče. Výsledek histologie a staging hodnocen jako T3N0 (0/12)M0.

Závěr: Na našich dvou kazuistikách demonstrujeme výhody laparoskopie u náhlých příhod břišních v onkochirurgii. Naše zkušenosti korespondují s pracemi autorů v naší i zahraniční literatuře. Laparoskopie je i v akutním stadiu náhlé příhody břišní stejně onkologicky radikální jako klasická resekce z laparotomie. Výhodou pro pacienta je miniinvasivita spojená s laparoskopií – zkrácení délky hospitalizace, menší bolestivost, zkrácení pooperační morbidit.

Chirurgie IBD – soubor operovaných ve Vítkovické nemocnici 2007–2012, aktuální doporučení z kongresu ECCO 2012

K. Klos, S. Jackanin, J. Örhalmi, P. Holéczy, M. Lerch
Chirurgické oddělení, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava

V přednášce je rozebrán soubor našich pacientů s IBD indikovaných k resekční operaci v období I/2007–III/2012 – četnost, indikace, typy operací, morbidita, mortalita.

Druhá část přednášky informuje o aktuálních doporučeních pro chirurgii IBD z chirurgické části z letošního kongresu European Crohn's and Colitis Organisation v Barceloně. Indikace, volba operace – open vs. laparo, resekce vs. strikturoplastiky, timing operace, pooperační léčba, sledování.

Charitativní chirurgie – projekt Operation Hernia

P. Bystřický, V. Cejpek
Nemocnice Písek

Projekt Operation Hernia vznikl roku 2005 za účelem pomoci lidem s kýlou v rozvojových zemích. Byl zahájen v Ghaně, kde je incidence tříselné kýly jedna z nejvyšších na světě, a většina lidí nemá přístup ke kvalitní chirurgické léčbě. Mise jsou organizovány i v dalších zemích Afriky, Jižní Ameriky a Asie. Za 7 let bylo uskutečněno přes 60 mezinárodních misí, bylo odoperováno přes 6000 pacientů, bylo vyškoleny mnoho rezidentů. Je užívána unikátní, velmi efektivní a levná metoda využívající sítky z moskytiéry, většina kýl je řešena v místní anestézii. Díky navazující spolupráci je možné sledovat dlouhodobé výsledky, které jsou velmi dobré.

Autor prezentuje vlastní zkušenosti ze 2 misí do Nigérie a Peru, kterých se zúčastnil.

Sesterská sekce BLOK I.

předsedající: P. Bögieová, V. Smolíková – čtvrtek / 26. 4. 2012

Pacient po exstirpaci jícnu z ošetrovatelského hlediska

J. Schmittová

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Pacienti s maligním onemocněním jícnu určeni k chirurgické léčbě patří k nejnáročnějším klientům I. chirurgické kliniky. Z hlediska přípravy, samotné operace i pooperační péče. Všeobecná sestra zajišťuje uspokojování veškerých potřeb. Je nutné brát ohled na křehkost pacientů, a to nejen fyzickou, ale i psychickou.

PEG

L. Kvapilová

**I. chirurgická klinika LF UP
a FN Olomouc**

Přednáška se zabývá problematikou neoperační gastrostomie, jejímž cílem je zajistit nemocnému dostatečný nutriční příjem.

Je zde zahrnuta indikace, kontraindikace, edukace a příprava nemocného před výkonem. Dále přednáška obsahuje krátké video, možné komplikace a následnou péči.

Zvláště v posledním desetiletí se stává tento způsob výživy nemocných velice častým i v zařízeních následné péče i v sociálních ústavech.

Divertikly jícnu a jejich operační řešení

K. Řehulková, L. Vyrubalová

Centrální operační sály FN Olomouc

Divertikly jícnu a jejich operační řešení. Jícnové divertikly: co je to divertikl, kde může být na jícnu uložen.

Diagnostika divertiklu a jeho následná chirurgická léčba. Ukázka operačních technik a kazuistika.

Od perforace prepylorického vředu k břišní katastrofě

M. Nováková

JIP I. chirurgické kliniky FN Hradec Králové

Cíl: Cílem našeho sdělení je představit náročnost ošetrovatelské péče a úskalí, se kterými jsme se potýkali při ošetřování pacientky s komplikovaným průběhem perforace prepylorického vředu.

Historie a současnost hojení ran

E. Maršounová, L. Marčíková

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Naš příspěvek se zabývá možnostmi v ošetřování ran dříve a nyní.

Zmiňujeme mimo jiné i to, jaký pokrok nastal v nedávné době, jaké možnosti jsou, a také dostupnost zvolených prostředků.

Zkušenosti získáváme v poradně pro chronické rány, která probíhá v rámci ambulance I. chirurgické kliniky FNOL.

Součástí příspěvku budou i čtyři kazuistiky.

Hojení ran V.A.C. systémem

I. Bauerová, Z. Vejskalová, V. Fricová

Chirurgická klinika FN Plzeň

Úvod: Představení, uvedení do problematiky daného tématu – indikace, kontraindikace.

- Přístroj a jeho příslušenství
- Technika aplikace krytí + asistence sestry
- Speciální techniky krytí – léčba vícenásobných ran
- Monitorování rány
- Kazuistika

Závěr: Poděkování, prostor pro dotazy.

Poskytování zdravotnické péče v legislativních podmínkách ČR

S. Procházková

Právní oddělení FN Olomouc

Na konci roku 2011 vyšla ve Sbírce zákonů ČR série právních předpisů upravujících vztahy mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem.

Zejména nový medicínský kodex – Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je významný tím, že po 45 letech nahradil již zastaralou normu – zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966. Proces rekodifikace základního medicínského zákona trval více než 10 let. Tento zákon nově definuje instituty – např. lege artis, terapeutické privilegium, dříve vyslovená přání. Dále rozsáhle kodifikuje nová práva pacientů. Zmiňme také zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, který upravuje pracovní-lekářské služby, asistovanou reprodukci, lékařské ozáření a další specifickou péči.

K zákonům budou postupně vydávány podzákoné předpisy – vyhlášky, které budou jednotlivá zákonná ustanovení provádět. S touto „legislativní smršť“ se budou muset seznámit všichni ti, kdo se podílí na poskytování zdravotních služeb.

BLOK II.

předsedající: A. Holá, I. Rožková – čtvrtek / 26. 4. 2012

Crohnova choroba

M. Langmajerová, A. Horáčková

I. chirurgická klinika FN Hradec Králové

V kazuistice je prezentován komplikovaný průběh léčby Crohnovy choroby. Jedná se o pacienta – mladého muže, který po pádu z hrazdy na břicho utrpěl rupturu příčného tračníku v terénu chronického nespecifického zánětu střeva s difúzní sterko-rální peritonitidou a meziklčkovými abscesy.

Prolaps rektu u dětí

A. Marabeti, I. Pazderová

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Výhrěz části nebo celé stěny rektu análním otvorem. Vyskytuje se nejčastěji u dětí mezi 1.-3. rokem.

Příčiny – přímější průběh rektu u dětí než v dospělosti, menší fixace sliznice a submukózy může spolupůsobit kašel při respiračních infektech, zácpa, opakované průjemy, cystická fibróza.

Terapie – okamžitá repozice sliznice, následně uvolňující masáž perianální oblasti, při recidivách sklerotizace submukózy glukózou ve 4 kvadrantech, u těžkých případů rektopexie k presakrální fascii.

Hemoroidy –Longo metoda

E. Bergerová, P. Litvinová

Centrální operační sály FN Olomouc

Léčba hemeroidů Longovou metodou: co jsou to hemeroidy, potíže, příznaky, stupně onemocnění, vyšetření. Výhody endoskopického stapleru Longo, nevýhody otevřené operativy, postup při provádění operačního výkonu.

Robotické operace

I. Kader-Agová

Centrální operační sály FN Olomouc

Robotické výkony prováděné ve FNOL: přispěvek obsahuje všeobecné informace o robotických operacích prováděných ve FNOL. Podrobněji seznamuje s problematikou robotických výkonů prováděných na I.chirurgické klinice, Urologické a Porodnicko-gynekologické klinice, hrazením výkonů zdravotními pojišťovnami a výhodami robotické operativy.

Kolonoskopie

V. Holúbková, L. Kvapilová

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Kolonoskopie je endoskopická vyšetřovací metoda, kdy se vyšetřuje konečník, tlusté střevo až do báze céka i do terminálního ilea.

Je to metoda první volby u sekundární prevalence CR-CA.

Je to výkon vysloveně technický, kdy záleží na zkušenostech endoskopického týmu.

Bohužel i přes osvětlu, screeningový program a dobrou dostupnost koloskopie se pacienti tohoto vyšetření obávají. Proto je většina nádorů tlustého střeva diagnostikována až v pokročilém stádiu.

Stomie

M. Drdáková, J. Hrouzová

I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Primární cílem přednášky je seznámení s nemocnými se střevním vývodem – stomií.

Je zaměřena na možnosti dělení stomie (dle délky, typu, funkce) a současně anatomickou konstrukcí.

Dále se zabývá historií stomických pomůcek, jednotlivými druhy a současnými distributory těchto pomůcek.

Důležitou součástí přednášky je videozáznam, který seznamuje s praktickým ošetřením nemocného se stomií.

Přednáška je také doplněna obrázky, fotografiemi.

Naše zkušenosti s novým bezsáčkovým systémem u kolostomiků

E. Brtníková, J. Čechová

Chirurgické oddělení, Nemocnice Jihlava

Před třemi roky začalo v Nemocnici Jihlava fungovat edukační centrum, jehož personál poskytuje zvláštní péči pacientům s vývodem tlustého střeva tzv. stomikům.

Vyvedení stomie je pro pacienta náročnou životní situací. Hlavním úkolem vyškoleného personálu edukačního centra (stomické poradny) je pomáhat stomikům zvládnout problémy života s vývodem, informovat je o dostupných pomůckách a o výši úhrad pojišťovnami, pomáhat zvládat složité psychické problémy způsobené novou situací – to vše v naprostém soukromí a v příjemném prostředí. Přitom o stomiky budou i nadále pečovat jejich praktičtí lékaři, příp. onkologové, apod.

V našem sdělení bychom posluchače rády seznámily se zkušenostmi, které jsme získaly při používání nového bezsáčkového systému u kolostomiků.

Vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání

V. Sukopová

FN Olomouc

Obsahem sdělení jsou aktuální informace týkající se vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání. Důraz je kladen zejména na systém získání a prodloužení Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, včetně nejčastějších otázek a odpovědí na ně. Sdělení se dále zaměřuje na specializační vzdělávání.

BLOK III.

předsedající: J. Faltýnková, H. Šmakalová – čtvrtek / 26. 4. 2012

Možnosti rekonstrukce prsu u žen po ablaci

M. Krulová, M. Vychodilová
Centrální operační sály FN Olomouc

Typy rekonstrukcí prsu u žen po mastektomii: Mastektomie již neznamena pro ženu v dnešní době terminální výkon. Autorky ve svém sdělení popisují některé typy rekonstrukcí prsu, které se provádějí na pracovišti plastické a estetické chirurgie FNOL.

Jedná se např. o náhradu prsu implantátem, vlastní tkání z břicha nebo tukem. Výsledky přináší těmto ženám zejména zlepšení kvality života.

Bolest jako indikátor kvality

H. Jahodová, L. Ďurkačová, M. Špičková
I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Prezentace zaměřená na problematiku správného posouzení a vyhodnocení bolesti. Nejčastější chyby, kterých se zdravotníci při péči o pacienty s bolestí dopouštějí.

Definice bolesti, její dělení a terapie. Ná vaznost péče o pacienty s bolestí, FCE PAIN servis a PAIN sester ve FNOL.

Spokojenost pacientů po operaci plic s pooperační analgezií

A. Ševčíková
I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit míru spokojenosti pacientů po operaci plic s pooperační analgezií na pracovištích I. chirurgické kliniky FN Olomouc. Současně sledovalo využití

jednotlivých typů analgezie, míru a výskyt možných komplikací.

Nemoc – bolest těla i duše

F. Fischerová
SZŠ a VOŠ E. Pöttinga, Olomouc

Tato přednáška se zabývá problematikou nemoci z psychologického pohledu. Se zdravím počítá většina z nás jako s naprostou samozřejmostí a teprve tehdy, když máme nějaké zdravotní potíže, tak si uvědomíme, jak důležité pro nás zdraví ve skutečnosti je. V hodnotovém žebříčku většiny lidí zaujímá zdraví jedno z nejvyšších míst i když naše chování tomu mnohdy nenasvědčuje. Je to pochopitelné, protože dobrý zdravotní stav chápeme tak nějak automaticky, jako povinnost života chovat se k nám férově. Počítáme s tím, že pokud vynaložíme patřičnou vůli a energii, tak svých plánů dosáhneme vcelku bez problémů, nic nám přece nemůže naši cestu zkržít. Zdraví je základní podmínkou k řadě aktivit, naopak zhoršení zdraví nebo trvalý hendikep výrazně zasahují do mnoha oblastí našeho života. Nemoc se tak stává nechtěným a nečekaným zásahem do všech našich plánů, nutí nás k tomu, abychom je změnili k jině – nouzové variantě. Ta nám však nabízí zhoršené a omezené podmínky. Nemoc pro organizmus člověka představuje krizi, na niž tělo reaguje po staletí stejným způsobem – stresovou reakcí. V posledních desítkách let se však stále častěji setkáváme s tím, že onemocnění vzniká u člověka právě jako reakce na opakovaný a dlouhodobý stres. Ten vede ke vzniku mnoha civilizačních onemocnění. Každodenní stres se lidé snaží zvládat různými způsoby, vhodnými i méně vhodnými, ba dokonce i škodlivými.

Bazální stimulace

J. Vlčková
I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Bazální stimulace dává ošetřovatelsví zcela jiný rozměr a chápe ošetřovatelské intervence jako ošetřovatelské nabídky. Na klienta s poruchami vnímání, hybnosti či komunikace nahlíží jako na partnera se změnami vnímání, hybnosti a komunikace a nepracuje s jeho deficitem, ale se zachovalými schopnostmi. Klient je chápán jako partner s vlastní historií a určitými schopnostmi.

Koncept bazální stimulace v praxi

**I. Kohlová, L. Lysá, I. Olivová,
M. Matějčková, H. Šipková**
IPCHO, FN Olomouc

Tato přednáška nám představuje koncept bazální stimulace, jeho pojem a aplikace jednotlivých prvků do praxe. V úvodu je vysvětlena podstata a struktura tohoto konceptu. Následuje prezentace kazuistiky mladého muže po polytraumatu s poraněním mozku, který na našem pracovišti strávil delší dobu. Zachycuje začátky jeho hospitalizace, kdy jeho stav vypadal velice vážně a málokdo věřil, že udělá nějaké pokroky a konec jeho hospitalizace s téměř zázračnými úspěchy. Na této kazuistice představíme, jak se pracuje s jednotlivými prvky tohoto konceptu přímo v praxi. Představíme i dokumentaci, kterou jsme si sami navrhli a začínáme ji používat na našem pracovišti. Rádi bychom poukázali na to, jak dokáže být koncept bazální stimulace v ošetřovatelské péči významný.

Za původnost a obsahovou správnost příspěvků odpovídají autoři.

XXIV.



PETŘIVALSKÉHO–RAPANTŮV DEN



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC
26. – 27. dubna 2012

Generální partner

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES



Ethicon
Endo-Surgery

Hlavní partneři



COVIDIEN

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Partneři



OLYMPUS



Mediální partneři

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast
na finančním zajištění konference



Dvě technologie v JEDNOM generátoru:

HARMONICKÝ SKALPEL
A ADVANCED BIPOLAR NOVÉ GENERACE



- Harmonický skalpel a EnSeal – advanced bipolar dvě technologie v JEDNOM generátoru
- Univerzální konektor a automatické rozpoznání jednotlivých instrumentů
- Dotykový displej na rychlou, jednoduchou přípravu a operování
- Intuitivní ovládání
- Upgradovatelný software

Ethicon Endo-Surgery Generator



For HARMONIC®. For ENSEAL®. For the future.



Ethicon
Endo-Surgery