

XXXII. česká urogynekologie

**Celostátní konference
s mezinárodní účastí**

6.–7. prosince 2023

Programový sborník s abstrakty

Clarion Congress Hotel Prague

Pořadatel:

Urogynekologická společnost
České republiky

Organizátor:

Congress Prague s.r.o.



UROGYNEKOLOGICKÁ
SPOLEČNOST
ČESKÉ REPUBLIKY

PARTNEŘI A VYSTAVOVATELÉ

GENERÁLNÍ PARTNER:



PARTNER:



PARTNER REGISTRACE:



MEDIÁLNÍ PODPORA:



VYSTAVOVATELÉ:

Akacia Group s.r.o.

APTUM, a.s.

Aristo Pharma s.r.o.

Astellas Pharma, s.r.o.

ELVA Pharma CZECH s.r.o.

ESSITY CZECH REPUBLIC S.R.O.

HARTMANN - RICO a.s.

Linde Gas a.s.

Medetron s.r.o.

MEDITRADE spol. s.r.o.

MEDKONSULT, s.r.o.

Prague Medical s.r.o.

PRO.MED.CS Praha a.s.

Radix CZ s.r.o.

Surgicare s.r.o.

ZÁKLADNÍ INFORMACE

POŘADATEL:

Urogynekologická společnost České republiky
a Sekce urogynekologie ČGPS ČLS JEP

VĚDECKÝ VÝBOR:

- prof. MUDr. Jaromír Mašata, CSc. – předseda vědeckého výboru
- MUDr. Zdeněk Adamík, CSc.
- prof. MUDr. Martin Huser, Ph.D.
- prof. MUDr. Vladimír Kališ, Ph.D.
- prof. MUDr. Ladislav Krofta, CSc.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR:

- MUDr. Lukáš Horčíčka, Ph.D.
- Mgr. Petra Skalová

ORGANIZÁTOR:

Congress Prague s.r.o.
www.congressprague.cz

Odpovědný zástupce za organizační zajištění kongresu:

Petra Skalová
tel. +420 774 923 353
email: petra.skalova@congressprague.cz

Koordinátor pro partnery a vystavovatele:

Bohumil Sedlák
tel. +420 605 781 945
email: exhibitors@congressprague.cz

Koordinátor pro registrace a ubytování:

Nikola Houdková
Tel.: +420 607 948 924
email: nikola.houdkova@congressprague.cz

CERTIFIKÁTY

Účast na akci je zařazena do systému celoživotního vzdělávání dle Stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory. Registrovaní účastníci XXXII. české urogynekologie, kteří absolvují odborný program, obdrží certifikát s počtem **12 kreditů**, s platností pro EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

DOPROVODNÝ PROGRAM

Společná večeře a diskuzní fórum urogynekologů 6. prosince, 19:00 hod.

Cena: 890 Kč

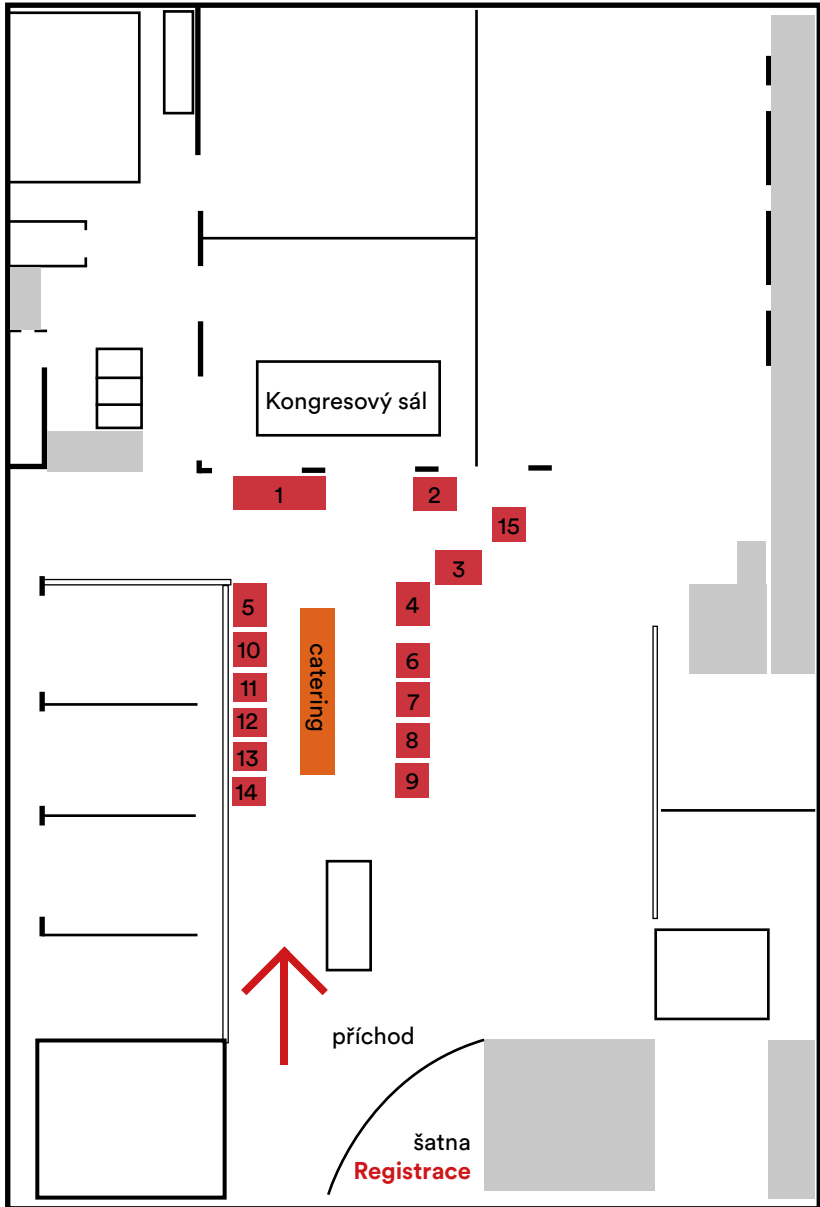
Společná večeře není součástí programu sjezdu a koná se v čase mimo program. Pro účast na společné večeři je nezbytné si koupit vstupenku. Vstupenku si můžete koupit předem v rámci on-line registrace nebo na místě v registračním centru.

PRAVIDLA PRO ÚČAST

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možný výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník při vstupu na kongres.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. Kongresové prostory Hotelu Clarion, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách Clarion Congress Hotel Prague určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách Clarion Congress Hotel Prague nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ KONGRESU

plocha	výměra plochy	vystavovatel
1.	16 m2 (8×2 m)	Astellas Pharma, s.r.o.
2.	6 m2 (3×2 m)	HARTMANN - RICO a.s.
3.	6 m2 (3×2 m)	ESSITY CZECH REPUBLIC S.R.O.
4.	6 m2 (3×2 m)	ELVA Pharma CZECH s.r.o.
5.	6 m2 (3×2 m)	Surgicare s.r.o.
6.	4 m2 (2×2 m)	Akacia Group s.r.o.
7.	4 m2 (2×2 m))	Aristo Pharma s.r.o.
8.	4 m2 (2×2 m)	Linde Gas a.s.
9.	4 m2 (2×2 m)	MEDITRADE spol. s r. o.
10.	4 m2 (2×2 m)	PRO.MED.CS Praha a.s.
11.	3 m2 (1,5×2 m)	APTUM, a.s.
12.	3 m2 (1,5×2 m)	Medetron s.r.o
13.	3 m2 (1,5×2 m)	MEDKONSULT, s.r.o.
14.	3 m2 (1,5×2 m)	Prague Medical s.r.o.
15.	3 m2 (1,5×2 m)	Radix CZ s.r.o.



PROGRAM KONGRESU

STŘEDA 6. PROSINCE 2023

13:00 – 13:15	ZAHÁJENÍ KONFERENCE	
13:15 – 15:00	NOVÉ SMĚRY V OPERAČNÍ LÉČBĚ Předsedající: Feyereisl J., Krofta L., Němec M.	
	První zkušenosti s robotickou sakrokolpopexí Smažinka M., Kališ V., Havíř M., Rušavý Z. GPK FN Plzeň	10 + 5 min.
	Operační technika robotické hysteropexe - videoprezentace Kališ V., Smažinka M., Havíř M., Vidoman M., Ismail K. M., Rušavý Z. GPK FN a LF Plzeň, Centrum Pánevního Dna, Plzeň	10 + 5 min.
	Endoskopická unilaterální pektopexe: možné výhody, indikační spektrum, technika výkonu – videoprezentace Kališ V., Zapletal J., Naňka O., Hympanová-Hájková L., Smažinka M., Vidoman M., Rušavý Z. GPK FN a LF Plzeň, Centrum Pánevního Dna, Plzeň, Anatomický ústav, 1. LF UK, Praha Plzeň, Praha, Gynekologicko-porodnická klinika, Trenčín	10 + 5 min.
	Vliv poševní tamponády na bolestivost a spokojenost pacientek po laparoskopické sakrokolpopexi Rušavý Z., Chromý M., Marinič Veverková A., Havíř M., Smažinka M., Kališ V. Gynekologicko-porodnická klinika, LF v Plzni UK a FN Plzeň	10 + 5 min.
	Možnosti zkrácení operačního času a learning curve u sakrokolpopexe Kolek P. Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha	10 + 5 min.
	Nový registr urogynekologických operací České republiky Hájková-Hympanová L. ¹ , Horčíčka L. ^{1,4} , Krofta L. ^{1,2} , Mašata J. ^{1,3} , Zmrhal J. ^{4,7} , Huvar I. ^{1,5} , Adamík Z. ^{1,6} , Švábík K. ^{1,3} , Martan A. ^{1,3} , Halaška M. ¹ , Feyereisl J. ^{1,2} ¹ Urogynekologická společnost Praha, ² UK – 3. LF, ÚPMD Praha ³ Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK Praha ⁴ GONA	10 + 5 min.

⁵Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Milosrdných bratří Brno

⁶Gynekologicko-porodnické oddělení KNTB Zlín

⁷UK – 2. LF UK gyn.por.klinika Praha

14:55 – 15:15

Přestávka s občerstvením

15:15 – 16:30

WORKSHOP

Časný záchyt hyperaktivního močového měchýře a eliminace negativního dopadu na kvalitu života

Představení projektu: Časný záchyt hyperaktivního močového měchýře a eliminace negativního dopadu na kvalitu života (pracovní skupina, odborní garanti projektu)

Mašata J.¹, Obšilová D.², Koudelková M.²

¹Gynekologicko-porodnicko – neonatologická klinika

1. LF UK a VFN Praha

²Národní screeningové centrum ÚZIS

Představení Národního screeningového centra

Koudelková M.

Role ošetřujících gynekologů při diagnostice a léčbě OAB

Role Praktických lékařů při diagnostice

a léčbě OAB – aktuální situace

Protokol projektu a možnost zapojení do projektu

16:30 – 17:00

Pracovní jednání skupiny COUGAR

Koordinátor: Kališ V.

Lékařská fakulta v Plzni – UK

17:00

Pracovní jednání skupiny SAME

19:00

Společná večeře a diskuzní fórum urogynekologů

ČTVRTEK 7. PROSINCE 2023

8:30 – 10:15

ŘEŠENÍ KOMPLIKACÍ OPERAČNÍ LÉČBY

Předsedající: Mašata J., Rušavý Z., Zmrhal J.

Neuropatická bolest po urogynekologickém implantátu – anatomická studie a možnosti řešení

15 + 5 min.

Fučík T.¹, Mašata J.¹, Naňka O.²

¹Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie VFN v Praze

²Anatomický ústav 1. LF v Praze

Laparoskopické extirpace kotveného implantatu ze sacrospinálního ligamenta 10 + 5 min.

Hanáček J., Krofta L., Grohregin K., Hympánová L.
Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Laparoskopická ureterocystoneostomie pro ureterovaginální píštěl po totální laparoskopické hysterektomii 10 + 5 min.

Němec M.¹, Kopecký J.², Matys O.¹

¹Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.

²Nemocnice Havířov p.o.

Laparoskopická evakuace hematomu Retziova prostoru po TVT 10 + 5 min.

Kestřánek J., Červíček K., Boudová B., Brtnický T., Štěpán M.
Gynekologicko-porodnické oddělení ON Trutnov

Kdy léčit přetrvávající stresovou inkontinenci implantací druhé pásky – retrospektivní studie 10 + 5 min.

Dvořák J., Fučík T., Martan A., Mašata J., Švábík K.
Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze

Nadstavba programu 3D Slicer pro personalizaci modelu pánevního dna 10 + 5 min.

Hynčík L.^{1,2}, Čechová H.¹, Jansová M.¹, Cimrman R.¹, Ilyas A.², Wittek A.², Kališ V.³, Krofta L.⁴

¹Nové technologie – výzkumné centrum – Západočeská univerzita v Plzni

²Intelligent Systems for Medicine Laboratory – The University of Western Australia – Perth

³Lékařská fakulta v Plzni – UK

⁴3. LF UK Praha

10:10 – 10:30

Přestávka s občerstvením
Prezentace posterů

10:30 – 12:00

OPERAČNÍ LÉČBA SESTUPU

Předsedající: Martan A., Adamík Z., Huvar I.

Randomizovaná studie porovnání sakrospinální fixace, laparoskopické sakrokolpopexie a transvaginální mesh – studie SAME 10 + 5 min.

Mašata J.¹, Urdžik P.², Krofta L.⁴, Hympánová-Hájková L.⁴, Kališ V.⁶, Němec M.⁷, Fučík T.², Hubka P.³, Benická A.⁵, Rušavý Z.⁶, Smažinka M.⁶, Havíř M.⁶, Dvořák J.¹, Pilka R.⁵

¹Gynekologicko-porodnicko-neonatologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

²Gynekologicko-porodnická klinika LF UPJŠ a UNLP Košice

³Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a FN Bulovka Praha

⁴ÚPMD Praha

⁵Gynekologicko-porodnická klinika FN Olomouc

⁶Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň

⁷Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Frýdek-Místek

Hodnotenie perioperačných a pooperačných komplikácií v randomizovanej štúdii – SAME

10 + 5 min.

Urdzík P.¹, Pilka R.⁵, Krofta L.⁴, Hympánová-Hájková⁴L., Kališ V.⁶, Němec M.⁷, Fučík T.², Hubka P.³, Benická A.⁵, Rušavý Z.⁶, Smažinka M.⁶, Havíř M.⁶, Dvořák J.², Mašata J.²

¹Gynekologicko-porodnická klinika LF UPJŠ a UNLP – Košice

²Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN Praha

³Gyn.-por. Klinika 1. LF UK a FN Bulovka Praha

⁴ÚPMD Praha, ⁵Gynekologicko-porodnická klinika FN Olomouc PU

⁶Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň

⁷Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Frýdek-Místek

Prospektivní srovnání laparoskopické sakrokolpopexie, sakrospinózní fixace

10 + 5 min.

a transvaginální mesh (SAME) – 3měsíční follow-up

Benická A.⁵, Mašata J.², Dzvínčuk P.⁵, Gágyor D.⁵, Urdzík P.¹,

Krofta L.⁴, Hympánová-Hájková L.⁴, Kališ V.⁶, Němec M.⁷,

Fučík T.², Hubka P.³, Rušavý Z.⁶, Smažinka M.⁶,

Havíř M.⁶, Dvořák J.², Vidoman M.⁶, Pilka R.⁵

¹Gynekologicko-porodnická klinika LF UPJŠ a UNLP Košice

²Gynekologicko-porodnicko-neonatologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

³Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a FN Bulovka Praha

⁴ÚPMD Praha

⁵Porodnicko-gynekologická klinika – FN Olomouc

⁶Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň

⁷Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Frýdek-Místek

Porovnanie úspešnosti laparoskopickej sakropexie v.s. sakrospinózne fixácie s native tissue repair v 12 mesačnom sledovaní

10 + 5 min.

Vidoman M.^{6,8}, Kališ V.⁶, Hubka P.³, Krofta L.⁴,

Hympánová-Hájková L.⁴, Pilka R.⁵, Benická A.⁵, Urdzík P.¹,

Němec M.⁷, Rušavý Z.⁶, Mašata J.²

¹Gynekologicko-porodnická klinika LF UPJŠ a UNLP Košice

²Gynekologicko-porodnicko-neonatologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

³Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a FN Bulovka Praha

⁴ÚPMD Praha

⁵Gynekologicko-porodnická klinika FN Olomouc

⁶Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň

⁷Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Frýdek-Místek

SRS Lyra – dobře vyladěný implantát?

10 + 5 min.

Huvar I., Novák M., Čadková I.

Nemocnice Milosrdných bratří Brno

	Spokojenost pacientek s lokální anestezií u přední poševní plastiky Maxová K., Zapletal J., Drochýtek V., Halaška M. Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV Praha	10 + 5 min.
	Přednáška sponzorovaná firmou Astellas Pharma s.r.o. OAB – Dojmy nebo fakta? Hubka P. Gynekologicko-porodnická klinika FN Bulovka	10 + 5 min.
12:00 – 14:00	Oběd	
13:00 – 13:50	Výroční schůze UGS ČR z.s.	
14:00 – 16:50	VLIV PORODU NA PÁNEVNÍ DNO Předsedající: Švábík K., Kališ V., Horčíčka L.	
	Epiziotomie – technika z pohledu porodní asistentky a lékaře Zapletal K., Trojanová K., Heřman H., Ptáčková Ž., Krofta L. ÚPMD Praha	10 + 5 min.
	OASIS v ÚPMD během období 2014–2023 Trojanová K., Krofta L., Feyereisl J. Urogynekologie – ÚPMD Praha	10 + 5 min.
	Porovnání síly stisku porodnickovy ruky při Vídeňské a Finské modifikaci chránění hráze Rušavý Z. ¹ , Čechová H. ² , Kögler M. ³ , Bońkowski T. ² , Vychytil J. ² , Kališ V. ¹ ¹ Gynekologicko-porodnická klinika, LFP UK a FN Plzeň ² New Technologies – Research Centre, ZČU, Plzeň ³ Regensburg Center of Biomedical Engineering, OTH and University Regensburg, Řezno	10 + 5 min.
	Vyhodnocení funkce svalů pánevního dna fyzioterapeutem pomocí digitálního protokolu u pacientky po klešťovém porodu – kazuistika Palaščíková Špringrová I., Fasselová V. Rehaspring centrum s.r.o., akreditované pracoviště MZČR – Praha-Východ Čelákovice	5 + 5 min.
	Vztah rizikových faktorů POP a klinického urogynekologického nálezu pro predikci poškození muskulo-fasciální komponenty dna pánve: prediktivní model Němec M. ² , Krčmář M. ¹ , Hájková-Hympánová L. ¹ , Grohregin K. ¹ , Horejsková S. ¹ , Trojanová K. ¹ , Feyereisl J. ¹ , Krofta L. ¹ ¹ ÚPMD Praha a 3. LF UK Praha ² Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Frýdek-Místek	15 + 5 min.

Pozice středního kompartmentu u žen 10 + 5 min.

v závislosti na stavu sakrouterinních ligament, musculus levator ani a přítomnosti dělohy

Hájková Hympánová L.¹, Samešová A.¹, Horčíčka L.², Němec M.³, Krčmář M.¹, Zapletal J.⁴, Feyereisl J.¹, Krofta L.¹

¹3. LF UK, ÚPMD Praha

²GONA Praha

³Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Frýdku-Místku, Frýdek-Místek Nestátní zdravotnické zařízení Gona

⁴Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF a FNKV Praha

Analýza musculus levator ani v úrovni level III u 10 + 5 min.

asymptomatických žen po I. vaginálním porodu

Krčmář M.¹, Horčíčka L.², Zapletal J.⁴, Němec M.³, Hympánová-Hájková L.¹, Feyereisl J.¹, Krofta L.¹

¹ÚPMD Praha a 3. LF UK Praha

²Gona s.r.o. Praha

³Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Frýdek-Místek

⁴Gynekologicko-porodnická klinika FN Královské

Vinohrady, 3. LF UK Praha

3D HR anorektální manometrie - baseline 10 + 5 min.

hodnoty u mladých asymptomatických nulipar

Grohregin K., Ducháč V., Krofta L., Hympánová-Hájková L., Sturmová I., Fenclová K., Feyereisl J.

ÚPMD Praha

17:00

Zakončení konference

Horčíčka L., Mašata J.

POSTEROVÁ SEKCE:

1. Poporodní reziduální defekt análního sfinkteru

Szypulová M., Tvarožek S., Šteflová A., Tůmová T., Huser M.
Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno

2. Užití kožního laloku v terapii rekurentní uretro-vaginální píštěle

Tvarožek S.¹, Weinberger V.¹, Varga G.², Šín P.³, Szypulová M.¹, Huser M.¹

¹Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno a LF MU

²Urologická klinika FN Brno a LF MU

³Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno a LF MU

ABSTRAKTA

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S ROBOTICKOU SAKROKOLPOPEXÍ

Smažinka M., Kališ V., Havíř M., Rušavý Z.
GPK FN Plzeň

Východisko: Sakrokolpopexe (SKP) je uznávána jako "zlatý standard" pro léčbu prolapsu pánevních orgánů jehož součástí je postižení středního kompartmentu. Laparoskopický přístup je již dobře zdokumentován v různých publikacích. V současné době se stále více do operativy prosazuje další minimálně invazivní modalita, a to roboticky asistované operace. Tento přístup má mnoho předností, ale také některé nevýhody.

Metodika: Retrospektivní analýza 63 roboticky provedených sakrokolpopexí v různých modifikacích. Operace byly provedeny v období od 18.8.2022 do 26.10.2023 ve FN Plzeň. Informace byly získány z nemocničního informačního systému.

Výsledky: Ve sledovaném období byla hodnocena předoperační a perioperační data 63 operovaných pacientek. Průměrný věk pacientek byl 59,7 let, váha 73,8 kg, BMI 26,7, operační čas 122 minut, konzolový čas 95 minut a krevní ztráta 107 ml. V našem souboru byly zaznamenány tyto perioperační komplikace: poranění močového měchýře ve 4 případech, perforace pochvy ve 2 případech a perioperační hematom v oblasti m. psoas v 1 případě. Nejzávažnější pooperační komplikací byla spodylodiscitida u jedné pacientky. Soubor tvořily tyto typy robotických SKP a konkomitantních operací: supracervikální hysterektomie (± BSO): 15 výkonů, totální hysterektomie (± BSO): 14 výkonů, hysteropexe: 12 výkonů, a SKP po předchozí hysterektomii: 22 výkonů.

Závěr: Robotická sakrokolpopexe je bezpečná a vysoce efektivní metoda se svými výhodami a nevýhodami v porovnání s laparoskopií. Naše první zkušenosti nás vedou k vytvoření indikačního spektra výkonů na našem pracovišti s přihlédnutím k ekonomické efektivitě těchto operací.

Reference:

1. Oh S, Shin JH. Outcomes of robotic sacrocolpopexy. *Obstet Gynecol Sci.* 2023 Jul 18. doi: 10.5468/ogs.23073. Online ahead of print. PMID: 37461208

OPERAČNÍ TECHNIKA ROBOTICKÉ HYSTEROPEXE - VIDEOPREZENTACE

Kališ V., Smažinka M., Havíř M., Vidoman M., Ismail K.M., Rušavý Z.
GPK FN a LF Plzeň, Centrum Pánevního Dna, Plzeň

Úvod: Sakrokolpopexe je v současnosti zlatým standardem operačního řešení signifikantního prolapsu apikálního kompartmentu. Současně by 20-30% žen při jakékoliv operaci pro prolaps (POP) preferovalo, pokud možno, zachování dělohy.

Hysteropexe (přesněji hysterokolposakropexe) klade vyšší technické nároky na optimální provedení. Přítomnost dělohy, její tvar a hlavně velikost, ztěžují přístup do určitých oblastí malé pánve. U otevřené hysteropexe je velmi obtížné zabezpečení dostatečné preparace a kotvení sítky v zadním kompartmentu. U laparoskopické hysteropexe může být složitější kotvení na promontorium s následnou retroperitonealizací sítky, zejména

v oblasti Douglasova prostoru. U robotické hysteropexe je, kromě absence taktilního vjemu, největším problémem adekvátní identifikace promontoria při kotvení sítky v případě suboptimální hemostázy.

Cílem této práce je zhodnocení pro a proti robotické hysteropexe a videoprezentace operační techniky.

Metodika: Obecnou výhodou robotického operování a kvalita vizualizace, použití flexibilnějších operačních nástrojů s konečným počtem životů, který garantuje jejich kvalitní funkci, ovládání přibližování kamery hlavním operátérem. Obvyklou faktickou výhodou je strmější Trendelenburgova poloha a v některých případech podpora přední břišní stěny pacientky umožňující výrazně nižší kapnoperitoneum.

1. Po uvedení pacientky do CA, sterilizaci je pacientka pečlivě polohována na operačním stole, tak aby pacientka nesklouzla svou gluteální částí příliž za okraj operačního stolu, což by znesnadnilo manipulaci s dělohou (a pochvou).

2. Po dezinfekci, instilaci kapnoperitonea, zavedení kamery (portem 2 v případě pravorukého operátéra) a přídatných portů je připojen robotický systém.

3. Operace je (obvykle) prováděna ze tří přídatných robotických portů (zleva 1, 3, 4) a jedním laparoskopickým, který obsluhuje asistent.

4. V první fázi operace je použit bipolární forceps Maryland (port 1), unipolární nůžky (port 3) a Prograsp (port 4).

5. Zásadní je komunikace mezi operátérem a druhým asistentem, neboť vždy jeden z nástrojů v portech 3 nebo 4 je fixován, a neadekvátní pohyb dělohou by mohl způsobit poranění fixovaných struktur.

6. Následuje identifikace promontoria, uvolnění retroperitonea a anteriorního longitudinálního vazy v ploše mírně větší než při laparoskopickém přístupu.

7. Vzhledem k nutnosti systémového použití unipolární elektrokoagulace je jednodušší přetětí pravého sakrouterinního vazy. Při absenci palpce může být složitější identifikace horní hranice pochvy (zadní vaginální klenby), v tomto případě zkušený druhý asistent nasměruje vaginální manipulátor pro zlepšení orientace.

8. Díky flexibilním robotickým nástrojům je bilaterální otevření širokého vazy pro raménka přední sítky jednoduché.

9. Preparace v předním kompartmentu je rovněž zjednodušena pomocí systémového použití unipolární elektrokoagulace. Rovněž díky flexibilitě nástrojů se jednodušeji uvolní laterální části pochvy od močového měchýře.

10. Unipolární nůžky jsou vyměněny za jehelec, jehož součástí jsou i nůžky.

11. Zadní i přední sítky jsou našity na cervix a stěny pochvy stejně jako u laparoskopické techniky.

12. Při fixaci promontoria je nutné dokonalé odsátí krve z Douglasova prostoru. Horní okraj zadní sítky je Prograspem (port 4) vytažen suprapromontoriálně a sítky je položena přes promontorium. V případě nedostatečné vizualizace je možná bezpečná identifikace promontoria za pomoci prvního asistenta a využití jeho taktilního vjemu.

13. Zadní sítky je fixována k promontoriu.

14. Obě raménka přední sítky jsou zachycena Prograspem a přiložena k zadní sítky v oblasti promontoria. Je možná jejich fixace i jen k již fixované zadní sítky.

15. Díky flexibilitě nástrojů, jednoduchému ovládní otáčení kamery šikmé optiky a jejím posunu do optimální vzdálenosti, které i určuje operatér sám, je peritonealizace výrazně zjednodušena.

Výsledky

Videoprezentace techniky robotické hysteropexe.

V současné době jsou operační časy robotické hysteropexe ekvivalentní laparoskopické technice.

Výhodou je menší bolestivost pacientky v krátkém odstupu od operace, nižší spotřeba analgetik a ry

ENDOSKOPICKÁ UNILATERÁLNÍ PEKTOPEXE: MOŽNÉ VÝHODY, INDIKAČNÍ SPEKTRUM, TECHNIKA VÝKONU - VIDEOPREZENTACE

Kališ V., Zapletal J., Naňka O., Hympánová Hájková L., Smažinka M., Vidoman M., Rušavý Z.

Plzeň, Praha, Trenčín

Úvod: Sakrokolpopexe s užitím sítě (mesh), zvláště její endoskopická varianta, je v současnosti zlatým standardem operačního řešení signifikantního prolapsu apikálního kompartmentu. Jedná se o funkční operaci, která vykazuje ve velké většině případů zlepšení v mnoha parametrech (bulge, polakisurie, hesitance, urgence, pocit retence). Nicméně některé obtíže mohou zůstat po operaci nezměněny či může být stav dokonce zhoršen (20-50% de novo SUI, 6% de novo dyspareunie, 13% de novo obstipace, ...). Nejzávažnější komplikací po aplikaci sítě je protruze, jejíž závažnost vzrůstá s počtem, velikostí a navazujících komplikací, jako je například infekce v oblasti protruze.

Z důvodu vysokého počtu hodnotitelných parametrů (symptomů spojených s mikcí, defekací, stykem a jiné) je nutné definovat priority pacientky a zvolit nejvíce vyhovující operační postup.

Při odmítání sítkové operace v současnosti přicházejí v úvahu:

1. stehová sakrokolpopexe, jejíž bezpečná proveditelnost záleží na vzdálenosti mezi apexem pochvy/cervixem a promontoriem,
2. endoskopická/transvaginální vysoká plikace/suspenze sakrouterinních vazů, které jsou však často velmi ztenčené, tedy insuficientní,
3. McCallova kuldoplastika,
4. sakrospinální fixace,
5. manchesterská operace,
6. kolpokleiza,
7. stehová pektopexe.

Při stehových závěsných operacích vždy existuje riziko přetržení stehu či jeho proříznutí z míst kotvení. Proto je snahou identifikování takové struktury, která toto riziko minimalizuje. Iliopektineální oblast se zdá být strukturálně jednou z nejvhodnějších oblastí pro stehovou fixaci. Možnou výhodou oproti sakrospinální fixaci je kotvení do oblasti entézy, přičemž kvalita fixace zřejmě závisí na tom, do které z vrstev entézy

(hustá fibrózní vazivová tkáň, nekalcifikovaná vazivová chrupavka, calcifikovaná vazivová chrupavka a kost) jsou kotvícím stehem zachyceny. Youngův modul pružnosti se zde na velmi malé vzdálenosti (odpovídající tloušťce entézy) mění z cca 200 MPa na řádově cca 20 GPa.

Z podobného důvodu se pro stehovou fixaci doporučuje, pokud možno, cervikální, nikoliv vaginální, tkáň.

Vzhledem k laterální lokalizaci iliiopektineální oblasti (ve srovnání s promontoriem) by však při bilaterální fixaci vznikl stehový transverzální poměrně ostrý pruh, který by mohl zvyšovat riziko pooperačních intraabdominálních komplikací. Proto v tomto případě byla navržena unilaterální pektopexe, která rovněž dovoluje fyziologičtější mobilitu pochvy.

Cílem je prezentace této techniky.

Metodika: Unilaterální pektopexe se skládá z 8 kroků:

1. Peritoneální disekce v oblasti vezikální plíky a její sesunutí z přední děložní stěny a cervixu.
2. Expozice (obvykle) pravého iliiopektineálního ligamenta.
3. Dokončení peritoneální disekce.
4. Zachycení iliiopektineálního ligamenta nevstřebatelným stehem.
5. Několikeré prošíání (fixace) stehu do istmocervikální oblasti vpředu.
6. Stabilizace cervixu v optimální pozici ve vztahu k pravému iliiopektineálnímu ligamentu.
7. Uzlání kotvícího stehu.
8. Peritonealizace.

Výsledky: Videoprezentace techniky unilaterální cervikopektopexe.

Diskuze

V současnosti je k dispozici jedna retrospektivní práce hodnotící 47 žen po unilaterální pektopexi 3-6 měsíců. Průměrná doba operace byla 46 min. V krátkodobém follow-up nedošlo k selhání v apikálním kompartmentu, u dvou (4%) pacientek byla registrována cystokéla 2. stupně. 94% pacientek bylo spokojeno s operačním efektem.

Unilaterální stehová cervikopektopexe představuje možné řešení sestupu v případě, že pacientka:

1. má cervix,
2. je schopna podstoupit / preferuje krátký výkon v Trendelenburgově poloze,
3. si nepřeje inzerci sítky.

Tato modifikace by mohla snížit stupeň pooperační bolesti. Diskutabilní je možnost snížení výskytu de novo SUI. K definitivní analýze jsou nezbytná robustnější data.

VLIV POŠEVNÍ TAMPONÁDY NA BOLESTIVOST A SPOKOJENOST PACIENTEK PO LAPAROSKOPICKÉ SAKROKOLPOPEXI

*Rušavý Z., Chromý M., Marinič Veverková A., Havíř M., Smažinka M., Kalíš V.
Gynekologicko-porodnická klinika, LF v Plzni UK a FN Plzeň, Plzeň*

Úvod: Laparoskopická sakrokolpopexie je zlatým standardem v rekonstrukci závažného prolapsu pánevních orgánů, zejména středního kompartmentu. Na závěr operace je možné zavést do pochvy tamponádu, tedy gázu smočenou v antiseptickém roztoku. Tato praxe byla historicky doporučována po vaginální hysterektomii s cílem snížit četnost infekčních a krvácivých komplikací. Studie posledních let neprokazují žádný přínos po vaginální hysterektomii. V případě laparoskopické rekonstrukce je mezi hlavními přínosy uváděna lepší adherence sítky umožněním kontaktu sítky s tkání i mimo body fixace. Přestože existuje řada studií zabývajících se poševní tamponádou po vaginálních operacích, její význam po laparoskopické rekonstrukci nebyl dosud studován. O jejím přínosu existují protichůdné názory a klinická praxe je značně variabilní.

Cíl: Cílem práce bylo porovnat bolestivost a spokojenost žen po laparoskopické sakrokolpopexi s/bez zavedení tamponády v časném pooperačním období Sekundárním cílem bylo pak zhodnotit rozdíl v pooperační bakteriurii a hladinách hemoglobinu pátý pooperační den.

Metodika: Do randomizované kontrolované studie byly zařazeny všechny ženy s prolapsem pánevních orgánů 2. stádia dle POPQ a vyššího, které podstoupily laparoskopickou sakrokolpopexi na GPK LFP UK a FN Plzeň v letech 2016 - 2022. Ženy, které zároveň podstoupily vaginální operaci, či ženy u nichž došlo k otevření pochvy při výkonu, například při konkomitantní hysterektomii, byly vyřazeny ze studie. Mezi ostatní vyřazovací kritéria patřily poruchy koagulace či malignita. Ženy, které nevyplnily dotazník bolesti byly dodatečně vyřazeny z analýzy prezentované v tomto abstraktu. Před operací pacientky podepsaly souhlas se zařazením do studie, podstoupily komplexní urogynekologické vyšetření včetně zhodnocení kvality života a ultrazvuku pánevního dna. Stádium prolapsu bylo kvantifikováno dle POPQ. Zařazené pacientky byly randomizovány do skupin na konci operačního výkonu pomocí obálkové metody a byly zaslepené vůči alokované skupině do prvního pooperačního dne. Operační postup byl konstantní po dobu trvání studie. Pooperační bolest byla řešena shodně u obou skupin dle standardů kliniky. První pooperační den před případnou extrakcí tamponády pacientky vyplnily dotazník bolesti McGill Pain Questionnaire. Spokojenost byla vyhodnocena pomocí VAS první a pátý pooperační den. Kultivace z moči a krevní obraz byly vyšetřeny pátý pooperační den. Data byla vyhodnocena následujícími statistickými metodami: Wilcoxon pair test, χ^2 test, Kruskal-Wallis test, Fisher exact test, Median Two Sample test, s hladinou statistické významnosti $p < 0,05$

Výsledky: Ve studovaném období bylo provedeno 620 sakrokolpopexí a 503 žen bylo zařazeno a randomizováno. Dotazník bolesti vyplnilo 274 žen, které byly zařazeny do tohoto zhodnocení; 138 žen postoupilo konkomitantní supracervikální hysterektomii, 44 podstoupilo rekonstrukci s ponecháním dělohy a 92 žen již bylo po hysterektomii. Tamponáda byla zavedena 132 (48%) pacientkám. Nebyly pozorovány významné rozdíly v základních charakteristikách, stádiu prolapsu, perioperačních parametrech či komplikacích. Průměrný věk byl 60 let, průměrné BMI 26,2. Leukocytóza i hladina hemoglobinu po operaci byly srovnatelné. Porovnání bolestivosti ukázalo srovnatelné a velmi nízké průměrné hodnoty intenzity bolesti, a to její somatosenzorické i emoční

složky. Spokojenost po operaci byla srovnatelná první pooperační den (7,3 vs. 7,4) i před dimisí (8,7 vs. 8,8). Signifikantní bakteriurie byla pozorována u 15% žen, bez rozdílu mezi skupinami. Nejednalo se o nosokomiální nákazu, vzhledem k tomu, že mezi patogeny patřily nejčastější původci komunitních uroinfekcí.

Závěr: Zavedení tamponády do pochvy výrazně neovlivňuje bolestivost a spokojenost pacientek. Hladiny bolestivosti po výkonu byly překvapivě nízké a spokojenost pacientek vysoká. Prevalence uroinfekce rovněž nebyla ovlivněna zavedením tamponády. Tamponáda tedy nemá negativní vliv na perioperační období. Její vliv na kvalitu rekonstrukce a na kvalitu života v ročním follow-up ještě zbývá zhodnotit.

MOŽNOSTI ZKRÁCENÍ OPERAČNÍHO ČASU A LEARNING CURVE U SAKROKOLPOPEXE

Kolek P.

FTN, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Laparoskopická či robotická sakrokolpexe je bezpečný a efektivní způsob řešení děložních a vaginálních prolapsů s vynikajícími anatomickými i funkčními výsledky. Metody minimálně invazivních technik výrazně snižují morbiditu a krevní ztrátu v porovnání s abdominálním přístupem. V současné době zůstávají spolu se sakrospinózní fixací jedinými technikami k řešení středně závažného a závažného prolapsu dělohy a poševních stěn. Fixace sítě na poševní pahýl, cervix či pochvu je relativně časově a technicky náročný proces. Uvádí se, že ke zvládnutí techniky fixace sítě je potřeba provedení přibližně 40 takovýchto výkonů. Využitím alternativních způsobů fixace lze snížit operační čas i learning curve. I v dalších fázích operace je prostor ke zkrácení operačního času použitím speciálních technik jako je odříznutí čípku při LSH monopolární klíčkou a morcelace dělohy s adnexy v endobagu bez použití power morcelace.

V několika kazuistikách a videoukázkách přinášíme srovnání jednotlivých metod fixace sítě u laparoskopické, či roboticky asistované sakrokolpexe, použití monopolární klíčky a morcelaci dělohy.

Některé z technik nabízí méně náročnou alternativu se srovnatelnými výsledky s výhodou možnosti zkrácení learning curve a při zvládnutí techniky i celkového operačního času. Kratší operační čas nám dovoluje zařazení tří a více takovýchto výkonů do operačního dne a tím naplňuje snahu o vytíženost zejména robotických sálů při zachování kvality a bezpečnosti provedení. Zároveň se technika sakrokolpexe může zařadit do portfolia i na pracovištích, která byla kvůli dlouhému operačnímu času a learning curve, zatím od jejího použití odrazována.

NOVÝ REGISTR UROGYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Hájková Hympánová L.¹, Horčíčka L.^{1,4}, Krofta L.^{1,2}, Mašata J.^{1,3}, Zmrhal J.^{4,7}, Huvar I.^{1,5}, Adamík Z.^{1,6}, Švabík K.^{1,3}, Martan A.^{1,3}, Halaska M.¹, Feyereisl J.^{1,2}

¹Urogynnekologická společnost, Praha

²Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

³Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

⁴GONA Co. Ltd, Praha

⁵Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Milosrdných bratří, Brno

⁶Gynekologicko-porodnické oddělení KNTB, a. s., Zlín

⁷Univerzita Karlova, 2. LF UK Gyn.por.klinika, Praha

Úvod: Registry slouží k organizovanému shromažďování dat. Nový registr urogynnekologických operací si klade za cíl shromažďování co nejkompletnějších informací o provedených urogynnekologických operačních výkonech v České republice. Četnost, efektivita a výskyt komplikací jednotlivých výkonů se mohou výrazně lišit. Retrospektivní analýza dat národních/mezinárodních registrů nám umožní objektivní hodnocení těchto procedur. Starý registr Urogynnekologické společnosti České republiky do roku 2022 shromažďoval informace pouze o operacích s užitím implantátů. Toto zaměření bylo z důvodu četných komplikací po těchto výkonech. Do nového registru by se měli zaznamenávat veškeré urogynnekologické operační výkony. Registr tak zajistí celorepublikový interní audit, mapující počty výkonů, typy výkonů, typy užitých implantátů, typy a počty komplikací, účinnost výkonů.

Metody: Nový registr shromažďuje: Jméno, příjmení, rodné číslo, paritu, graviditu pacientky. Zaznamenán je uterinní status (uterus in situ, simultánní supravaginální hysterectomie, simultánní hysterectomie, status post hysterectomiám), dále pak datum operace, anestezie (celková, lokální, regionální), zda se jedná o primoooperaci či recidivu, typ dysfunkce pánevního dna (inkontinence moči, inkontinence stolice, prolaps, kombinace, jiné), typ výkonu (abdominální, vaginální, intravezikální, kombinovaný), abdominální lze dělit na přístup laparotomický či laparoskopický; vaginální lze dělit dle kompartmentu na výkony na předním, středním a zadním kompartmentu. Dále jsou registrovány výkony s užitím implantátů z indikace inkontinence, prolaps či kombinace a jednotlivé typy (bulking agent, páska (retropubická, transobturátotová (in-out, out-in), mesh kotvený (promontorium, sacrospinální ligamentum, jiné)). Důležitou složkou jsou rovněž komplikace (anesteziologické, nadměrná krevní ztráta, poranění močových cest, změna typu výkonu). Pro doplnění je možno vložit poznámky.

Limitací je dobrovolné přispívání do registru, nejedná se tedy o kompletní data o všech provedených výkonech.

Výsledky: Analyzována byla data od 6/2022 do 9/2023. Za více než rok bylo do registru zaznamenáno 1988 operací. Do registru přispělo 30 lékařů/center. Věk pacientek byl v průměru 59 ±12let, v 64% se jednalo o secundipary, 53% mělo zachovanou dělohu. 91% výkonů bylo provedeno v celkové anestezii, v 89% se jednalo o primoooperace, v 84% se jednalo o vaginální přístup, v 72% byl proveden výkon pro inkontinenci moči, 94% výkon na předním kompartmentu, 73% implantátů bylo zavedeno z důvodu močové inkontinence. 98% výkonů bylo bez komplikací, mezi zaznamenanými komplikacemi bylo 21 poranění močového měchýře, 12x nadměrná krevní ztráta, 3x změna typu výkonu a jedna anesteziologická komplikace.

Závěr: Tímto děkujeme všem, kteří se podíleli na tvorbě a zadávání do starého a nového

registru. Veškeré komentáře k novému registru jsou vítány, např. možno emailem: lucie.hymanova@pmd.eu. Nový registr je k dispozici na www.urogynekologie-registr.cz.

NEUROPATICKÁ BOLEST PO UROGYNEKOLOGICKÉM IMPLANTÁTU – ANATOMICKÁ STUDIE A MOŽNOSTI ŘEŠENÍ

Mašata J.¹, Naňka O.², Fučík T.¹

¹Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie VFN v Praze

²Anatomický ústav 1. LF v Praze

Dle Cochranovy database jsou po zavedení tahuprosté pásky častější téměř všechny typy komplikací (perforace močového měchýře, krvácení, retence moči, poranění velkých cév) u retropubického přístupu. Ovšem bolesti v třísllech jsou 5x častější po transobturátorovém přístupu. Přechodné bolesti po zavedení urogynekologického implantátu v jsou relativně časté, u zhruba 6% pacientek budou ovšem přetrvávat dlouhodobě. Metodika - V naší studii na čtyřech kadaverech fixovaným certifikovanou metodou "Fix for Life" jsme se zaměřili na průběh n. pudendus a n. obturatorius v malé pánvi při laparoskopické preparaci a po průchodu skrze membrana obturatoria mezi steheními svaly při otevřené preparaci. Cílem práce bylo popsat průběhy nervů zodpovědných za genitální oblast, určit rizikové faktory pro vznik bolestí a porovnat naše dosavadní postupy při extirpacích implantátů s novými poznatky.

LAPAROSKOPICKÉ EXTIRPACE KOTVENÉHO IMPLANTATU ZE SACROSPINOSNIHO LIGAMENTA

Hančec J., Krofta L., Grohregin K., Hympánová L.

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Kazuistika: pacientka 63 let, Anamnesticky po dvou spontánních porodech a po 3 operacích pro močovou inkontinenci a defekt předního a středního kompartmentu. Před 2 lety zaveden kotvený implantát. Po zavedení se objevují obtíže spojené s drážděním n. pudendus l.dx. Bolesti v oblasti pochvy a perinea.

Nervus pudendus vychází z kaudální části plexus sacralis, tvořen vlákny předních větví spinálních nervů S2–4. Prochází skrze foramen infrapiriforme a opouští spolu s vasa pudenda interna malou pánev. Při výstupu z foramen infrapiriforme obtáčí kaudálním směrem ke spina ischiadica a vstoupí skrze foramen ischiadicum minus zpět do malé pánve, ovšem pod svaly pánevního dna do fossa ischiorectalis. Probíhá dopředu na boční stěně této jámy na m. obturatorius internus zavzatý do jeho fascie spolu s vasa pudenda interna. Celý nervově-cévní svazek je kryt zesílenou duplikaturou této fascie, která tvoří canalis pudendalis (Alcockův kanál). N. pudendus se pak dělí na tři terminální větve: ramus rectalis inferior (inervuje musculus sphincter ani externus, kůži v oblasti perinea a sliznici distálního análního kanálu); nervus perineus (zásobuje svaly perinea – m. transversus perinei superficialis, musculus ischio – a bulbocavernosus, zevní svěrač uretry, distální část sliznice uretry a kůži na perineu a genitálu) a nervus clitoridis, který vydává větve sliznici močové trubice.

Anatomie pudendálního nám umožní pochopit mechanismus jeho komprese, která vede

nejčastěji ke vzniku perineální neuralgie. Nervový kmen může být utlačen v úžině, která vzniká mezi úponem sakrospinózního ligamenta na spina ischiadica a sakrotuberózním ligamentem, dále v \neg Alcockově kanálu a pak v oblasti, kde nerv křížuje processus falciformis.

Diagnóza neuralgie n. pudendalis je zejména anamnestická a klinická. Neexistuje žádný specifický klinický příznak nebo test komplementární k této chorobě; k diagnóze nás vede kombinace určitých příznaků.

Dle Nanteských kritérií diagnóza neuralgie n. pudendalis vyžaduje přítomnost následujících příznaků:

1, Bolest v anatomické oblasti pudendálního nervu.

1. Bolest horší se sezením.

2. Spánek není rušen bolestí.

3. Není přítomna porucha senzitivity při klinickém vyšetření.

4. Pozitivní anestetický blok pudendálního nervu.

Rádi bychom Vám předvedli laparoskopickou exstirpaci ramene kotveného implantátu ze sakrospinózního ligamenta a tím provedenou dekompresi entrapmentu pudendálního nervu.

LAPAROSKOPICKÁ URETEROCYSTONEOSTOMIE PRO URETEROVAGINÁLNÍ PÍŠTĚL PO TOTÁLNÍ LAPAROSKOPICKÉ HYSTEREKTOMII

Němec M.¹, Kopecký J.², Matys O.¹

¹Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.

²Nemocnice Havířov p.o.

Výskyt poranění močových cest u gynekologických operací pro benigních indikací se v literatuře uvádí kolem 0,3 % [1]. Močový měchýř bývá poraněn 3x častěji než močovod. V systematickém přehledu 37 studií byla zjištěna incidence poranění močového měchýře s frekvencí 0,2% a močovodu 0,03 %-0,05 % mezi celkovými laparoskopickými hysterektomiemi z benigních indikací. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie má častější výskyt poranění močového měchýře (0,9-1,2 %) i močovodu (0,2-0,3 %). Incidence vezikovaginální píštěle (VVF) a ureterovaginální píštěle (UVF) je 0,02 %. V rozvojových zemích se špatnou porodnickou péčí, vzniká VVF především z důvodu dlouhotrvajícího porodu, nebo instrumentace během porodu. V zemích s odpovídající porodnickou péčí je 90 % případů VVF zapříčiněno gynekologickými operacemi. Hysterektomie, a to jak transabdominálním, tak i transvaginálním přístupem, je nejčastějším zákrokem, který vede ke vzniku píštěle. Samotná hysterektomie představuje 75 % případů VVF. [2] Mezi další příčiny patří gynekologické malignity a pánevní radioterapie. Přibližně 10-12 % pacientek s VVF má přidružené poranění močovodu způsobující UVF. Elektrokoagulační nástroje jsou zodpovědné za většinou poranění močovodu vzniklých při minimálně invazivní chirurgii. Laparoskopické rekonstrukční operace poranění močových cest jsou technicky náročné a jsou spojeny s delším operačním časem.

LAPAROSKOPICKÁ EVAKUACE HEMATOMU RETZIOVA PROSTORU PO TVT

*Kestřánek J., Červíček K., Boudová B., Brtnický T., Štěpán M.
Gynekologicko-porodnické oddělení, ON Trutnov*

V léčbě stresové inkontinence je stále ještě za „zlatý standard“ považována transobturatorní páska (transobturator tape, TOT). V posledních letech však zažívá renesanci užití tahuprosté vaginální pásky (tension-free vaginal tape, TVT) v řešení stresové inkontinence, zejména pro nižší riziko recidivy stresové inkontinence a větší účinnost metody. Na druhou stranu, obě metody (TOT a TVT) jsou zatíženy specifickými komplikacemi charakteristické pro danou metodu. V předložené prezentaci autoři představují kazuistiku komplikace po zavedení TVT a jejím řešením laparoskopickou revizí.

Pacientka byla referována na naše pracoviště pro sestup přední stěny poševní, dělohy, objemné postmikční residuum močového měchýře a stresovou inkontinencí moči. Na základě vyšetření bylo v prvním kroku rozhodnuto o provedení korekce sestupu přední stěny poševní a dělohy. Byla indikována fixace dělohy do sakrospinálních ligament a přední poševní plastika. Za 3 měsíce, při pravidelné pooperační kontrole, nález odpovídal provedené operaci bez sestupu poševních stěn a dělohy a bulging syndromu, nicméně pacientka udávala výrazné zhoršení stresové inkontinence. Vzhledem k hraniční hypermobilitě uretry a nízkému maximálnímu uzavíracímu uretrálnímu tlaku (MUCP) bylo indikováno zavedení TVT. První den po operaci v rámci UZ vyšetření pro postmikční residuum byla zjištěna kolekce tekutiny vzhledu hematomu v Retziově prostoru. Pro další postupně

Naše kazuistika ukazuje operační řešení ureterovaginální fistuly metodou ureterocystoneostomie. Snaha o konzervativní řešení cesou inzerce JJ stentu nebyla úspěšná pro kompletní prošíání ureteru.

1. Wong JK, Bortoletto P, Tolentino J, Jung MJ, Milad MP. Urinary tract injury in gynecologic laparoscopy for benign indications: A systematic review. *Obstet gynecol* 2018;131:100-8.
2. Bragayrac LA, Azhar RA, Fernandez G, Cabrera M, Saenz E, Machuca V, et al. Robotic repair of vesicovaginal fistulae with the transperitoneal-transvaginal approach: A case series. *Int Braz J Urol* 2014; 40:810-5

KDY LÉČIT PŘETRVÁVAJÍCÍ STRESOVOU INKONTINENCI IMPLANTACÍ DRUHÉ PÁSKY – RETROSPEKTIVNÍ STUDIE

*Dvořák J., Fučík T., Martan A., Mašata J., Švabík K.
Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze*

Úvod: Funkci tahuprosté pásky můžeme hodnotit pomocí postoperativního ultrazvuku pánevního dna a parametrem, který používáme, je vzdálenost pásky od os pubis - tzv. sling-pubis gap (SPG). Bylo prokázáno, že více než 50% pacientů s přetrvávající močovou inkontinencí má SPG větší než 14 mm, resp. 16 mm. Dále neexistuje jasný konsensus ohledně léčby opakované stresové inkontinence po zavedení pásky. Úspěšnost druhé operace se pohybuje mezi 60-80%. Doposud neexistuje jasný parametr v následném

sledováno pro indikaci sekundárního zákroku.

Cíl: Pokud dokážeme definovat selhání pásky na základě parametru SPG, mohli bychom tento parametr použít jako indikaci, nebo monitorování úspěchu, či selhání druhé implantace pásky?

Metody: retrospektivní analýza pacientů léčených pro přetrvávající stresovou močovou inkontinencí druhou tahuprostou páskou. Kritérium zahrnutí bylo opakovaně urodynamicky prokázané selhání stresové močové inkontinence, druhá implantace pásky se současným odstraněním předchozí (neúspěšné) pásky. Pacienti měli před druhým zákrokem a alespoň 3 měsíce po něm proveden transperineální ultrazvuk, během něhož byla měřena a zaznamenána hodnota SPG. Sling-pubis gap je vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy pubis a nejventrálnější částí tahuprosté pásky během Valsalva.

Výsledky: V období 2017-2022 bylo v našem středisku provedeno 222 antiinkontinenčních zákroků jedním operátorem. 156 retropubických pásek, 55 transobturatorních pásek a 11 bulking agentů. Z toho bylo 11 případů druhé implantace pásky s odstraněním předchozí. U tří z nich byla předtím poskytnuta léčba bulking agentem. Průměrná doba mezi umístěním první pásky a druhé pásky byla 76,7 měsíců (min. 17 - max. 176), průměrný věk 62,6 let (42-81), průměrná váha 89,2 kg (57-162), průměrný počet porodů 1,9, průměrný MUCP (maximální uretrální uzávěrový tlak) 34,4 (0-65). Po druhé pásce mělo 9 pacientů negativní stres test a 2 pozitivní. Ze dvou pozitivních případů se jeden pacient zlepšil a druhý zůstal stejný. Průměrný SPG před druhou páskou bylo 15,1 mm (SD 2,34) a SPG po druhé pásce bylo 11,1 mm (SD 1,75) ($p < 0,001$). SPG u pacientů s inkontinencí byla 14,5 mm (SD 2,9) a u pacientů bez inkontinence 11,0 mm (SD 0,86) ($p = 0,002$).

Závěr: Ve skupině pacientů po neúspěšné tahuprosté pásce jsme byli schopni ukázat příčinu selhání a vysvětlit zlepšení výsledku druhé pásky. Společně s předchozími údaji bychom mohli tento nástroj používat prospektivně v klinické praxi jako jednoduchý ultrazvukový parametr k monitorování pacientů po zavedení tahuprosté pásky a lépe přizpůsobit následnou léčbu.

NADSTAVBA PROGRAMU 3D SLICER PRO PERSONALIZACI MODELU PÁNEVNÍHO DNA

Hynčík L.^{1,2}, Čechová H.¹, Jansová M.¹, Cimrman R.¹, Ilyas A.², Wittek A.², Kališ V.³, Krofta L.⁴

¹*Nové technologie – výzkumné centrum, Západočeská univerzita v Plzni, Plzeň*

²*Intelligent Systems for Medicine Laboratory, The University of Western Australia, Perth*

³*Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Plzeň*

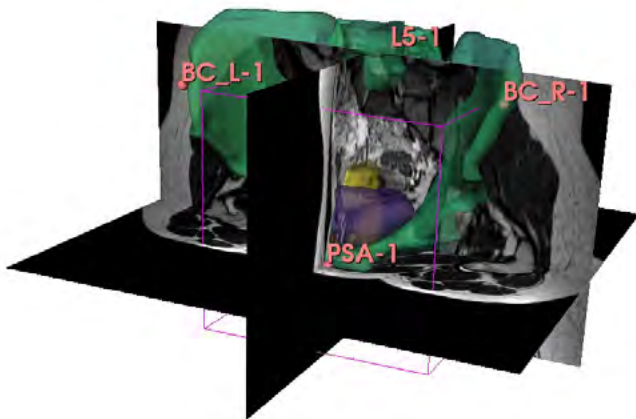
⁴*3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha*

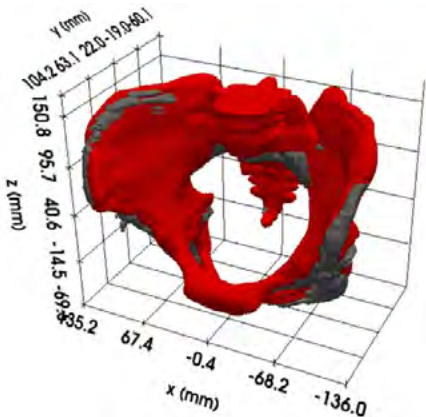
Úvod: Vaginální porod bývá příčinou poranění pánevních struktur, jejichž následky vedou často ke snížení kvality života ženy. Rozsah poranění by mohlo být možné redukovat praktickým využitím výsledků matematických modelů, které nasimulují průběh porodu virtuální cestou s využitím digitálního dvojčete rodičky. Slabou stránkou dosavadních matematických modelů je ale absence personalizace, což znamená, že popisují referenční průměrné pánevní dno a nikoliv konkrétní rodičku. Jelikož je

vývoj modelu konkrétní rodičky velice časově náročný, ukazuje předložená práce personalizaci referenčního modelu s využitím landmarků identifikovaných na snímcích pánevního dna.

Metoda: Práce využívá referenční model pánevního dna vyvinutý na pracovištích autorů, který obsahuje všechny důležité anatomické struktury. Jedná se o detailní model, který se skládá z více než 100 tisíc uzlů definujících téměř 100 tisíc prvků popisujících morfologii pánevního dna. Tyto prvky tvoří síť pro výpočet zatížení struktur metodou konečných prvků. Cílem této práce je takto komplexní model personalizovat na základě malého počtu předem definovaných landmarků. Pro personalizaci je využita metoda morfování využívající radiální bázovou funkci, která na základě landmarků odpovídajících si na modelu a na konkrétních snímcích přetvoří výpočetní síť pro konkrétní pánevní dno. Metoda byla vyzkoušena na šesti konkrétních pánvích, ke kterým byly za tímto účelem sestaveny jejich modely jednak ruční segmentací a jednak s využitím morfování na základě landmarků. Morfované modely pak byly porovnány s modely sestavenými ruční segmentací.

Výsledky: Vyvinutý algoritmus byl implementován v jazyce Python (<http://python.org>) jako rozšíření otevřeného software 3D Slicer (<http://slicer.org>). 3D Slicer se stal od své první verze v roce 1998 rozsáhlou a zavedenou platformou (přes 1 mil. stažení) pro výpočty na základě medicínských snímků. Obr. 1 ukazuje personalizaci referenčního modelu na základě landmarků (pubis symphysis anterior, vnější povrch obratle L5, levý a pravý kyčelní hřeben a levý a pravý kyčelní hrbol), které byly vybrány podle předchozí studie. Tato studie ukázala dobrou korelaci jejich polohy s vnitřními rozměry pánve.





Obr. 1: Model pánevního personalizovaný na základě vybraných landmarků (vlevo) a porovnání morfované pánve (červená barva) vůči ručně segmentovanému modelu (šedá barva) (vpravo).

Tab. 1 ukazuje přesnost algoritmu morfování porovnáním vzdáleností povrchů morfovaného modelu a modelu přímo segmentovaného z MRI (tzv. Hausdorff Distance, označena HD) a směrodatnou odchylkou SD objemových bodů na šesti ručně segmentovaných kostěných pánvích. Čím blíže je HD 0, tím přesněji si povrchy odpovídají. Čím blíže je SD 1, tím více si odpovídají vnitřní objemy.

Pánev	Typ	HD (cm)	SD (-)
P041	Android	5,1	0,610
P071	Gynecoid	2,7	0,600
P251	Android	3,7	0,602
P292	Anthropoid	3,3	0,615
P381	Platypelloid	3,9	0,616
P401	Gynecoid	3,1	0,617

Tab. 1: Přesnost morfování.

Tab. 2 ukazuje srovnání vnitřních rozměrů definujících porodní kanál (anteroposteriorní průměry vstupu A, střední roviny B a výstupu C a mediolaterální průměry vstupu D, střední roviny E a výstupu F).

R	P041			P071			P251			P292			P381			P401		
	S	M	E	S	M	E	S	M	E	S	M	E	S	M	E	S	M	E
A	12,1	12,0	-1,3	13,3	12,5	-6,0	12,0	11,6	-3,4	13,6	12,4	-8,9	11,6	10,6	-8,7	13,6	12,4	-8,9
B	12,7	13,2	3,8	12,0	13,7	14,1	12,3	12,7	2,9	14,3	14,9	4,0	12,0	12,2	1,5	14,3	14,9	4,0
C	11,9	12,3	3,6	12,6	12,3	-2,6	11,4	11,9	5,1	13,4	14,9	11,5	10,9	11,7	7,1	12,2	12,8	4,7
D	15,0	13,6	-9,1	13,8	13,7	-0,6	14,0	12,9	-8,0	12,0	12,5	4,2	14,8	13,0	-11,9	12,0	12,5	4,2
E	11,6	11,8	1,7	10,0	11,7	16,4	10,3	10,6	3,4	10,0	10,7	6,9	11,5	11,3	-2,1	10,0	10,7	6,9
F	13,0	13,1	0,3	12,5	12,7	1,9	11,4	11,0	-2,9	11,8	11,8	0,0	11,6	12,6	8,5	11,8	11,8	0,0

Tab. 2: Porovnání vnitřních rozměrů (R = rozměr, S = ruční segmentace v cm, M = morfovaný model v cm, E = chyba v %).

Závěr: Z Tab. 1 vyplývá, že buď zvolené landmarky nebo jejich počet nejsou dostačující pro vytvoření přesného modelu. Nejblíže si odpovídají P071 a P401. To je zřejmě způsobeno tím, že referenční model je taktéž gynecoid, čímž si vnitřní morfologie více odpovídá, a tudíž i vlastní morfování je přesnější. S ohledem na komplexní morfologii pánevního dna lze z Obr. 1 (vpravo) vidět, že nepřesnost může být způsobena o v oblastech, jejichž geometrie prakticky neovlivní porod (lopaty kyčelních kostí). Z Tab. 2 vyplývá, že všechny morfované modely vykazují menší anteroposteriorní rozměr průměr. U ostatních průměrů není patrná jasná závislost. Cílem další práce bude identifikace vhodných landmarků pro vytvoření co nejpřesnějšího modelu pánevního dna konkrétní rodičky.

Poděkování: Tato práce vznikla v rámci stáže a za podpory nadace Robert and Maude Gledden Senior Visiting Fellowship na The University of Western Australia od srpna do října 2023 a za podpory projektu č. BYCZ01-014 s názvem „Prevence poruch pánevního dna“ realizovaném v rámci programu INTERREG Bavorsko - Česko 2021-2027. Jeho realizace je podporována finančními prostředky Evropského fondu regionálního rozvoje (80 % nákladů) a státního rozpočtu ČR (10 %).

RANDOMIZOVANÁ STUDIE POROVNÁNÍ SAKROSPINÓZNÍ FIXACE, LAPAROSKOPIKÉ SAKROKOLPOPEXE A TRANSVAGINÁLNÍ MESH – STUDIE SAME

Mašata J.¹, Urdzík P.², Krofta L.⁴, Hympánová-Hájková L.⁴, Kališ V.⁶, Němec M.⁷, Fučík T.², Hubka P.³, Benická A.⁵, Rušavý, Z.⁵, Smažinka M.⁶, Havíř M.⁵, Dvořák J.¹, Pilka R.⁵

¹Gynekologicko-porodnicko-neonatologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

²Gynekologicko-porodnická klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

³Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a FN Bulovka, Praha

⁴ÚPMD, Praha

⁵Gynekologicko – porodnická klinika, FN Olomouc

⁶Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň

⁷Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Frýdek-Místek

Cílem studie bylo porovnat výsledky operační léčby u žen s vysokým rizikem recidivy sestupu

Metodika: Po splnění vstupních kritérií: věk > 18 let● podepsaný informovaný

souhlas● symptomatický prolaps v předním a středním kompartmentu, kdy jeden dosahuje minimálně III. stupně, druhý minimálně II. stupně (hodnoceno POPQ)● přítomnost minimálně jednostranné avulze puborektálního svalu, potvrzené 3D/4D UZ● souhlas s pooperačním sledováním a zároveň nebyla přítomna vylučovací kritéria: :● předchozí operace s aplikací implantátu pro POP● radioterapie v oblasti malé pánve● sestup pánevních orgánů II stupně anižší hodnoceno podle ICS Pelvic Organ Prolapse kvantifikačního systému● kontraindikace pro operační řešení; byla plánována randomizace do ramene laparoskopické sakrokolpexy, transvaginální mesh, nebo tradiční operace poševních stěn s apikální fixací na sakrospinozní vaz.

Na základě Power analýzy bylo plánován zařadit 463 pacientek, minimální počet potřebný k prokázání nebo vyvrácení nulové hypotézy: že typ procedury neovlivňuje výsledek operace u žen se symptomatickým pánevním orgánovým prolapsem III. stupně nebo vyšším a prokázaným defektem pánevního dna je velikost souboru pro finální statistickou analýzu u laparoskopické sakrokolpexy je 168 pacientů, stejný počet v mesh skupině a 84 pacientů ve skupině sakrospinozní fixace, celkem tedy 420 (alokační poměr 2:2:1). Plánován byl 10% drop-out rate, takže celkem bylo nutné randomizovat 463 (185:185:93) pacientů. Interim analýza byla plánována po zařazení prvních 200 pacientek.

Kritéria pro hodnocení úspěchu a selhání:

Primární výsledek: objektivní vyléčení bude definováno jako nepřítomnost prolapsu pánevního orgánu (dle POPQ maximální I. stadium sestupu). Počet selhání v každé skupině: selhání je definováno jako prolaps pánevního orgánu stadium II nebo vyšší hodnoceno POPQ. U sexuálně aktivních žen byla sledován výskyt de novo dyspareunie a operací s využitím implantátu i výskyt expozice mesh.

Sekundární výsledek: vyhodnocení subjektivních parametrů kvality života na podkladě vyhodnocení dotazníků ICIQ-SF, POP-SF, PISQ 12, UDI_POPDI-CRADI, TS VAS, výskyt de novo stresové inkontinence moči, počet reoperací pro prolaps pánevních orgánů, výskyt de novo příznaků hyperaktivního močového měchýře.

Předoperační vyšetření: demografické údaje, všeobecná anamnéza, předchozí břišní operace, gynekologická a porodnická anamnéza, předchozí gynekologické operace, symptomy dysfunkce dolního urogenitálního traktu, klinické vyšetření (+POP-Q), ultrazvukové vyšetření dolního genitálního traktu, QoL (ICIQ-SF, POP-SF, PISQ 12, UDI_POPDI-CRADI), randomizace. Peri-operační sledování: popis operace, operačních komplikací, časná pooperační sledování a komplikace, sledování pooperační bolesti, časná pooperační kontrola, vyhodnocení komplikací a vzniku de novo obtíží (například obstipace), vyhodnocení pooperační bolesti. Pooperační sledování: Klinické vyšetření, sledování následných operací a reoperací, symptomy dysfunkce dolního urogenitálního traktu, klinické vyšetření (+POP-Q), ultrazvukové vyšetření dolního genitálního traktu, QoL (ICIQ-SF, POP-SF, PISQ 12, UDI_POPDI-CRADI, TS-VAS).

Výsledky: Do studie se zapojilo 6 urogynekologických center v České republice (z toho 5 univerzitních) a 1 centrum na Slovensku. Průběh studie byl ovlivněn FDA zákazem používání MESH z roku 2019. Z tohoto důvodu byla ukončena randomizace do skupiny mesh. Na základě provedené interim analýzy (byla provedena v roce 2019). Na základě interim analýzy byly provedena nová Power analýza pro dvě skupiny operací – laparoskopická sakrokolpexy a sakrospinozní fixace (vzhledem k očekávanému rozdílu aby bylo k dispozici 168 žen v každé skupině, a randomizováno 185 žen do každé skupiny, podle počtu již zařazených pacientek bylo nadále pokračováno s alokačním poměrem 2:3). Poslední pacientka podstoupila operaci v březnu 2023.

Závěr: K dispozici máme kompletní vstupní, perioperační, 3 měsíční a roční follow-up.

HODNOTENIE PERIOPERAČNÝCH A POOPERAČNÝCH KOMPLIKÁCIÍ V RANDOMIZOVANEJ ŠTÚDII - SAME

Urdzík P.¹, Pilka R.⁵, Krofta L.⁴, Hympanová-Hájková L.⁴, Kališ V.⁶, Němec M.⁷, Fučík T.², Hubka P.³, Benická A.⁵, Rušavý Z.⁶, Smažinka M.⁶, Haviř M.⁶., Dvořák J.², Mašata J.²

¹Gynekologicko-porodnická klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

²Gynekologicko-porodnicko-neonatologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

³Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a FN Bulovka, Praha

⁴ÚPMD, Praha

⁵Gynekologicko – porodnická klinika, FN Olomouc, PU

⁶Gynekologicko porodnická klinika FN Plzeň

⁷Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Frýdek- Místek

Typ: Randomizovaná prospektivna štúdia

Randomizácia: Do prospektívnej longitudinálnej randomizovanej štúdie boli zaradené všetky pacientky, u ktorých bola indikovaná operačná liečba poklesu panvových orgánov. Randomizáciou bol určený typ plánovanej operácie/metódy: laparoskopická sakrokolpopexie, transvaginálna aplikácia implantátu (mesh), alebo tradičná rekonštrukčná operácia so závesom pošvového pahýlu na sakrospinózný väz – Amreichova operácia.

Metodika:

Do štúdie SAME bolo zaradených 463 pacientok, u 2 z nich ale nebola definovaná triediaca operácia, čiže hodnotených bolo 461 pacientok a to v týchto skupinách: .

LSCP (Laparoskopická sakrokolpopexia) n=187

Mesh n=88

Amreichova fixácia n= 186.

Hodnotenie výskytu komplikácií a iných parametrov:

Porovnávané operácie sa líšili svojou dĺžkou navzájom LSCP 166 min, Amreich 123 min a Mesh 115 min. Pričom LSCP sa štatisticky líši od zvyšných dvoch – Amreich a Mesh. Z pohľadu krvnej straty bola najvyššia v skupine Mesh 133.7 ml, proti 128.7 ml Amreich a 91.7 ml v skupine LSCP. Krvná strata v skupine LSCP bola štatisticky významne odlišná oproti obidvom skupinám. Z hľadiska peroperačných komplikácií: bez komplikácie bolo vykonaných LSCP 162/187, MESH 73/88, Amreich 169/186. Ku poraneniu močového mechúra došlo 9 krát (LSCP 4/187, Mesh 3/88, Amreich 2/186), poraneniu rekta 2 (LSCP 2/187), poranenie ureteru 3 (LSCP 3/187), poranenie čreva 1 x (LSCP 1/187). Z hľadiska krvných strát bolo nevyhnutné podať transfúziu 2x (Mesh 2/88).

Konkomitantná hysterektómia bola vykonaná 260 zo 425 (61,2 %) hodnotených operácií, pričom v skupine LSCP 126/172(73.3 %) , Mesh 25/80 (31.2%) a Amreich 109/173 (63 %). Rozdiel je významný najmä v porovnaní skupiny LSCP voči zvyšným dvom, kde boli vykonané vo výrazne nižšom počte. U žiadnej pacientky nebola vykonaná súčasne s výkonom antiinkontinentná operácia. Pošvová tamponáda bola použitá výrazne menej v skupine LSCP 110/167 (65.9 %) , proti zvyšným dvom Mesh 74/80 (92.5 %)a Amreich 161/173 93.1 %). V skupine LSCP boli signifikantne nižšie hodnoty CRP oproti zvyšným dvom skupinám, naopak vo výskyte pooperačnej infekcie neboli pozorované rozdiely, v skupine Mesh však bola signifikantne vyššia preskripcia antibiotík. Pooperačný

hematóm sa vyskytoval iba ojedinele 15/463 a nebol zistený štatisticky rozdiel v žiadnej zo sledovaných skupín. Absces sa vytvoril len u jednej pacientky a to v skupine Mesh. Ku včasnej pooperačnej revízií došlo zhodne po jednom prípade vo všetkých sledovaných skupinách (3/461; 0.6 %). Hodnotenie pooperačnej bolesti ako aj jej koniec nebol štatisticky významný, je možné konštatovať, že k ústupu bolesti dochádzalo veľmi skoro po operácii 2. resp. 3. pooperačný deň. Pacientky boli zhodne vo všetkých skupinách prepustené zvyčajne 4. pooperačný deň.

Záver: Z hodnotených perioperačných dat je možné konštatovať, že všetky tri operačné postupy možno považovať za bezpečné, s minimálnym výskytom peroperačných a včasných pooperačných komplikácií, krvných strát, výskytu infekcií ako aj hodnotenie bolesti.

PROSPEKTIVNÍ SROVNÁNÍ LAPAROSKOPICKÉ SAKROKOLPOPEXE, SAKROSPINÓZNÍ FIXACE A TRANSVAGINÁLNÍ MESH (SAME) – 3 MĚSÍČNÍ FOLLOW-UP

Benická A.⁵, Mašata J.², Dzvínčuk, P.⁵, Gágyor, D.⁵, Urdzík P.¹, Krofta L.⁴, Hympánová-Hájková L.⁴, Kališ V.⁶, Němec M.⁷, Fučík T.², Hubka P.³, Rušavý, Z.⁶, Smažinka M.⁶, Havíř M.⁶, Dvořák J.², Vidoman M. ⁶ Pilka R.⁵

¹Gynekologicko-porodnická klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

²Gynekologicko-porodnicko-neonatologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

³Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a FN Bulovka, Praha

⁴ÚPMD, Praha

⁵Gynekologicko – porodnická klinika, FN Olomouc, PU

⁶Gynekologicko porodnická klinika FN Plzeň

⁷Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Frýdek- Místek

Cíl: U žen se symptomatickým prolapsem předního a středního kompartmentu bylo cílem prospektivní randomizované studie porovnání výsledků tří operačních metod korigujících sestup pánevních orgánů – laparoskopické sakrokolpopexe (LSCP), sakrospinózní fixace sec. Amreich-Richter (SSF) a implantace transvaginálního meshe (studie SAME).

Metodika: Randomizace probíhala od roku 2016 do 2023 celkem v pěti centrech v České republice a v jednom centru na Slovensku. Pacientky musely mít při klinickém hodnocení POPq přítomný symptomatický sestup v předním a středním kompartmentu (jeden minimálně II. stupně, druhý minimálně III. stupně) a současně dle UZ 3D/4D potvrzenou minimálně jednostrannou avulzi puborektálního svalů. 3-měsíční follow-up zahrnoval vyhodnocení symptomů dysfunkce dolního genitálního traktu, subjektivních obtíží pacientek pomocí dotazníků QoL (ICIQ-SF, POP-SF, PISQ 12, UDI_POPTDI-CRADI), dále hodnocení POPq a ultrazvukové hodnocení.

Výsledky: Celkově bylo analyzováno 396 pacientek, rozdělených do tří skupin - LSCP 159, mesh 76, SSF 161. Selhání na základě POPq (≥ 2) v oblasti předního kompartmentu bylo zjištěno u LSCP v 15,7 %, u mesh v 11,7 % a u SSF v 25,3 % ($p = 0,018$), v případě středního kompartmentu u LSCP 1,3 %, u mesh 2,6 % a u SSF 6.8 % ($p = 0,029$). Selhání v zadním kompartmentu nebylo statisticky významné pro žádnou skupinu.

Selhání na základě ultrazvukového hodnocení bylo zjištěno v oblasti předního kompartmentu u LSCP 17,1 %, mesh 8,2 %, SSF 33,3 % ($p < 0,001$), v případě středního

kompartmentu u LSCP 1,9 %, mesh 0%, SSF 5,8 % ($p = 0,035$). Pocit bulge udávaly pacientky ve skupinách LSCP v 1,2 %, mesh 2,6 % a SSF 3,7 % ($p = 0,375$). Recidivující infekce močových cest se vyskytly nejčastěji ve skupině mesh ($p = 0,014$), de novo nebo zhoršení obstipace bylo statisticky významné ve skupině LSCP ($p = 0,004$). Závěr: Při klinickém hodnocení POPq i při ultrazvukovém vyšetření dolního genitálního traktu v rámci 3-měsíčního follow-up byl zjištěn statisticky významný rozdíl selhání předního a středního kompartmentu v případech sakrospinózní fixace.

POROVNANIE ÚSPEŠNOSTI LAPAROSKOPICKEJ SAKROPEXIE V.S. SAKROSPINÓZNEJ FIXÁCIE S NATIVE TISSUE REPAIR V 12 MESAČNOM SLEDOVANÍ

Vidoman M.^{6,8}, Kališ V.⁶, Hubka P.³, Krofta L.⁴, Hympánová-Hájková L.⁴, Pilka R.⁵, Benická A.⁵, Urdzík P.¹, Němec M.⁷, Rušavý Z.⁶, Mašata J.²

¹Gynekologicko-porodnická klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

²Gynekologicko-porodnicko-neonatologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

³Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a FN Bulovka, Praha

⁴ÚPMD, Praha

⁵Gynekologicko – porodnická klinika, FN Olomouc

⁵Gynekologicko – porodnická klinika, FN Olomouc, PU

⁶Gynekologicko porodnická klinika FN Plzeň

⁷Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Frýdek- Místek

Úvod: Po rýchlom vzostupe a páde transvaginálnych sietí v riešení prolapsu panvových orgánov (POP) je v súčasnosti možné pozorovať polarizáciu urogynekologickej obce medzi zástancov vaginálnych native tissue repair a endoskopických sieťových zákrokov, hlavne v zmysle sakropexie. Dodnes bola publikovaná iba jedna RCT s diskutabilným počtom pacientiek, porovnávajúca tieto zákroky.

Dizajn štúdie: Comparison of the Efficacy of Sacrocolpopexy, the Amreich-Richter Procedure and Transvaginal Mesh (SAME) – intervenčná, prospektívna, randomizovaná, kontrolovaná štúdia realizovaná v šiestich centrách. Pacientky s POP súčasne v prednom a strednom kompartmente minimálne POP-Q III. a II. stupňa (et vice versa) s dokázanou avulziou m.levator ani. Pacientky boli randomizované a podstúpili laparoskopickú sakrokolpopexiu (LSC) alebo sakrospinóznú fixáciu a native tissue repair (SSF+NTR). NTR zahŕňal v rôznomzastúpení vaginálne rekonštrukčné zákroky bez použitia siete. Táto pôvodne trojramenná štúdia, bola po varovaniach FDA transformovaná, pričom rameno vaginálnych sietí nebolo do súčasnej analýzy zaradené.

Cieľ: Z výsledkov 12 mesačného follow-up štúdie SAME sme porovnali parametre zodpovedajúce kompozitnému hodnoteniu úspešnosti. Analyzované boli objektívne anatomické výsledky, subjektívne hodnotenie a výskyt reoperácii pre POP.

Výsledky: Z celkového počtu 463 pacientiek doposiaľ absolvovalo a bolo analyzovaných 373 pacientiek. V ramene LSC bolo randomizovaných 187 (50,1%) a v ramene SSF+NTR 186 (49,1%) pacientiek. Anatomické zlyhanie definované ako POP Q ≥ 2 nezávisle na kompartmente bolo zachytené u 35,3% pacientiek v skupine LSC a 54,0% pacientiek v skupine SSF+NTR ($p=0,003$). Zlyhanie v apikálnom kompartmente u 1,5% a 10,9% ($p=0,001$); prednom kompartmente u 21,3% a 43,8% ($p<0,001$) v skupinách LSC a SSF+NTR. Počty anatomických zlyhaní zadného kompartmentu sa štatisticky

nelšíli. Subjektívny pocit bulge udávalo 2,9% pacientiek po LSC a 12,1% pacientiek po SSF+NTR ($p=0,004$). Na otázku „Zhodnoťte sama nakoľik Vaše operace splnila Vaše očakávaní“ bolo priemerné hodnotenie v skupine LSC 94,2% a v skupine SSF+NTR 89,3% ($p=0,03$). Rozdiel som zachytený aj v hodnotách Patient Global Impression of Improvement (PGI-I), kde skóre ≥ 3 (mierne zlepšenie) uviedlo 3,1% pacientiek v skupine LSC a 15,6% pacientiek v skupine SF+NTR ($p=0,001$). Reoperáciu pre recidívu POP absolvovala jedna pacientka v každej skupine. Taktiež počet závažných komplikácií sa medzi skupinami štatisticky nelíšil.

Záver: V 12 mesačnom follow-up sme pozorovali superioritu LSC v anatomických a subjektívnych výsledkoch oproti SSF+NTR. Napriek tomu iba minimum pacientiek vyžadovalo reoperáciu pre POP. Oba typy zákrokov dokázali nízky výskyt komplikácií.

SRS LYRA – DOBŘE VYLADĚNÝ IMPLANTÁT?

*Huvar I., Novák M., Čadková I.
Nemocnice Milosrdných bratří Brno*

SRS (Self-Retaining Support) Lyra je relativně nový, nekotvený implantát. Jeho základní myšlenkou je zachovat výhody sítky a vyhnout se problémům, pramenícím z jejího kotvení. Sestává z ultralehké polypropylénové sítky, tvarem a velikostí imitující pubo-cervikální fascii a z rámečku, který ji v podobě trampolíny drží roztaženou od spin sedacích kostí po dolní okraj symfýzy, zajišťující tak pružnou podporu v level I, II a III. Nekomplikovaný výkon je minimálně invazivní a rychlý. V r.2016 byla publikována studie na kadaverech, v r. 2017 dvouletý follow-up prvních 20 pacientek. K dnešnímu dni bylo implantováno přes 4000 těchto implantátů (Izrael, Německo, Itálie, Španělsko, Rakousko, Švýcarsko, Polsko, Maďarsko). Obsahem sdělení je představení této metody a zhodnocení výsledků prvních 12 operací na našem pracovišti.

SPOKOJENOST PACIENTEK S LOKÁLNÍ ANESTEZIÍ U PŘEDNÍ POŠEVNÍ PLASTIKY

*Maxová K., Zapletal J., Drochýtek V., Halaška M.
Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha*

Úvod: Zvyšující se věk pacientek, komorbidity, provádění výkonů v rámci jednodenní chirurgie, ale i přání pacientek o nejméně zatěžující formu anestezie, rychlou rekonvalescenci po operaci a rychlý návrat do běžného režimu staví lokální anestezii do popředí zájmu u určitých urogynekologických zákroků.

Metoda: Analyzovali jsme skupinu pacientek operovaných v lokální anestezii v urogynekologickém centru FNKV z období 2017-2022 metodou přední poševní plastiky v modifikaci Barnett-Macků. Analýza byla prováděna telefonicky a to předem vytvořenými otázkami týkajícími se vnímání pacientky během operace, po operaci a následujících výsledků operace.

Výsledky: Úspěšně osloveno bylo 59 pacientek s průměrným věkem 68,3 (52-83) let. V 7 případech již předcházela urogynekologická operace a jednalo se o reoperaci. 92%

pacientek bylo s anestezií spokojeno, na škále 1-10 byl průměr peroperační bolestivosti 1,17 bodů. 96,6% by operaci znovu podstoupily v lokální anestezii, tento přístup by pak doporučilo ostatním 86% a nedoporučila pouze jedna pacientka (1,6%).

Závěr: Lokální anestezie v našem souboru pacientek byla jednoznačně pozitivně hodnocená forma peroperačního zajištění. Přináší navíc dostatečný komfort pro operátora a je nejméně zatěžující pro pacientky, zejména vyššího věku.

EPIZIOTOMIE – TECHNIKA Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY A LÉKAŘE

*Zapletal K., Heřman H., Trojanová K., Ptáčková Ž., Krofta L.
Ústav pro péči o matku a dítě, Praha*

Úvod: Je zřejmé, že epiziotomie patří k nejčastěji prováděným porodnickým výkonům, ale je nutné připomenout, že technika provádění se u jednotlivých porodníků a porodních asistentek výrazně liší. Ačkoliv v poslední době dochází k zásadní změně v názoru na provádění epiziotomie, kdy se v rámci celé společnosti pohybujeme od přetrvávajícího názoru na nutnost preventivního provedení nástřihu v rámci např. prevence OASIS u většiny rodiček až po absolutní odmítání tohoto výkonu ve smyslu „porodnického násilí“. Proto je naší snahou provedení evaluace tohoto porodnického výkonu nejen u jednotlivých skupin zdravotníků a následně sledujeme i další parametry (úhel a délka epiziotomie, ano – vaginal diameter - AVD, SGS - strie gravidarum score), abychom byli schopni výsledně určit jasná kritéria pro provedení epiziotomie u jednotlivých rodiček.

Metodika: Jedná se o observační retrospektivní studii probíhající v roce 2023 v ÚPMD Podolí, při které sledujeme vztah epiziotomie a OASIS. Dalšími sledovanými parametry jsou ukazatele způsobu provedení epiziotomie - úhel, délka, AVD a SGS - a rizika OASIS a rovněž rozdíl v technice provedení epiziotomie na základě míry zkušenosti lékaře (lékař s atestací versus lékař bez atestace) či provedení epiziotomie porodní asistentkou. Jedná se o soubor prozatím 202 pacientek, které byly vyšetřeny v rámci 72 hod po porodu standardizovaným způsobem na lůžku.

Výsledky: Z celkového počtu porodů bylo 55% vedeno porodní asistentkou, 30% lékařem bez atestace a zbylých 15% lékařem s atestací. Nejčastější typ epiziotomie byl provedený pod úhlem 20 stupňů a představoval 23% ze sledovaných porodů. Ve skupině porodních asistentek se jednalo o 33 % ze všech provedených epiziotomií, 26 % u neatestovaných lékařů a 23 % u atestovaných lékařů. Epiziotomie porodních asistentek měly v 95 % úhel menší než 40 stupňů a to tvořilo 53 % nástřihů z celkového počtu. V rámci skupiny neatestovaných lékařů bylo 85 % epiziotomií s úhlem pod 40 stupňů, což bylo 25 % z celého souboru. U 70 % atestovaných lékařů byly provedeny epiziotomie pod úhlem menším než 40 stupňů a jednalo se o 10 % nástřihů tohoto typu z celkového počtu.

Závěr: Po evaluaci získaných dat je zřejmé, že naprostá většina epiziotomií je provedena pod úhlem menším, než který je dle literatury udáván jako protektivní faktor v souvislosti s OASIS. Cílem této práce je identifikovat rozdíl v technice provedení epiziotomie v rámci jednotlivých skupin zdravotníků a následně standardizovat postup s možným využitím při výuce či zařazení použití Epi scissors do praxe. Jedná se o výsledky dosud probíhající studie, jejíž definitivní závěry budou prezentovány na konferenci v rámci plánované mezinárodní konference OASIS - ONIRY ve Varšavě.

OASIS V ÚPMD BĚHEM OBDOBÍ 2014–2023

Trojanová K., Krofta L., Feyereisl J.

Urogynekologie, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Úvod: Incidence OASIS (Obstetric anal sphincter injuries) v souvislosti s vaginálním porodem je udávána v rozmezí 3–10 %. Cílem naší práce je mít přehled o incidenci OASIS u pacientek v ÚPMD a díky následnému pravidelnému sledování zjistit incidenci dysfunkcí pánevního dna, které jsou běžně asociovány s OASIS.

Metodika: Jedná se prospektivní observační studii v období 2014–2023 sledující incidenci OASIS po vaginálním porodu u rodiček v ÚPMD na základě klinické diagnostiky a 3D ultrazvukového hodnocení análního svěrače. Dále jsme pomocí dotazníků (ICIQ, PISQ a St. Mark's score) hodnotili funkční změny pánevního dna u rodiček s OASIS v intervalu tří, šesti a dvanácti měsíců po porodu. Jedná se o soubor 529 pacientek ve věku 18 – 44 let, z nichž 82 % rodilo spontánně a u 18 % bylo ukončeno těhotenství operačně (VEX / forceps).

Výsledky: Ve výše zmíněném období byla průměrná incidence OASIS v ÚPMD 1,7 % za rok. Nejčastěji diagnostikovaným typem poranění sfinkteru byla ruptura perinea IIIa a to u 55 % rodiček, dále rpt. IIIb u 35 %, rpt. IIIc u 8 % a rpt. IV u 1% rodiček. V 84 % případů se jednalo o prvorodičky s průměrným věkem 31 let nejčastěji v probíhajícím čtyřicátém týdnu těhotenství. 47 % rodiček mělo BMI odpovídající nadváze (25 – 30 kg/m²) a 24,4 % BMI v kategorii obezity. U 73 % pacientek začal porod spontánně a u zbylých 27 % se jednalo o porod indukovaný. 18 % porodů bylo ukončeno operačně (VEX / forceps).

Průměrná délka první doby porodní byla 6 hodin a 38 minut u druhé doby porodní. U 59% byla provedena epiziotomie a nebyl prokázán statisticky signifikantní protektivní vliv epiziotomie v rámci OASIS. Obdobně nebyl prokázán statisticky signifikantní protektivní vliv epiziotomie na vznik vaginální ruptury. Celkem 64% porodů bylo vedeno lékařem. Průměrná porodní váha novorozence byla 3521g. 87% novorozenců mělo porodní váhu pod 4000g. Dle subjektivního hodnocení 8% pacientek uvedlo stresovou inkontinenci před graviditou, 13% během gravidity a 36% 3 měsíce po porodu. U 1% dotázaných byl před graviditou OAB (overactive bladder), u 4% během gravidity a 8% mělo OAB 3 měsíce po porodu. Při objektivním evaluaci výsledků pomocí ICIQ byla statisticky signifikantně vyšší incidence stresové inkontinence tři, šest i dvanáct měsíců po porodu ve srovnání s incidencí před těhotenstvím.

Obdobně pomocí PISQ došlo ke statisticky signifikantnímu zhoršení kvality pohlavního života tři, šest i dvanáct měsíců po porodu.

Na základě St. Mark's score byla statisticky signifikantně vyšší incidence defekačních obtíží tři a šest měsíců po porodu ve srovnání před graviditou.

Závěr: Na základě zjištěných dat máme přesnou představu o incidenci OASIS a dysfunkcí pánevního dna u rodiček ÚPMD. Samozřejmě zůstává otázkou skutečná prevalence OASIS v souvislosti s okultním poraněním, které po porodu nebylo klinicky diagnostikováno.

POROVNÁNÍ SÍLY STISKU PORODNÍKOVY RUKY PŘI VÍDEŇSKÉ A FINSKÉ MODIFIKACI CHRÁNĚNÍ HRÁZE

Rušavý Z.¹, Čechová H.², Kögler M.³, Bońkowski T.², Vychytil J.², Kalíš V.¹

¹Gynekologicko-porodnická klinika, LFP UK a FN Plzeň, Plzeň

²New Technologies – Research Centre, ZČU, Plzeň

³Regensburg Center of Biomedical Engineering, OTH and University Regensburg, Řezno

Východisko: Požadavky kladené na porodníka v současnosti jsou nejen bezpečný porod zdravého plodu, ale zejména porod bez závažných následků. Porodní poranění hráze může být pro ženu spojeno následky s významným dopadem na kvalitu života. Význam chránění hráze při vaginálním porodu je v mezinárodních kruzích často diskutován a výsledky studií jsou nejednotné. Tato heterogenita výsledků je dána rozdílným provedením manévru manuální perineální protekce. Manévr s jednoznačně prokázanou efektivitou je Finská modifikace manuální perineální protekce (FMPP). Při tomto manévru porodník přikládá palec a ukazovák anterolaterálně od zadní komisury a soustředným tlakem snižuje napětí na zadní komisuru. Zároveň tlakem prostředníku přes hráz provádí kontrolovaný pomalý porod hlavičky přes hráz. Při Vídeňské metodě manuální perineální protekce (VMPP) prostředník podpírá ukazovák a porod hlavičky je usnadněn ulnární hranou dominantní ruky. Pozitivní efekt FMPP byl jednoznačně prokázán v observačních studiích, kdy po jejím zavedení došlo k významnému poklesu incidence poranění análního svěrače po porodu. Vídeňská modifikace je v České republice výrazně hojněji využívána, zejména z tradičních důvodů. Jedním z argumentů jejich zastánců je, že pouze dvěma prsty není možné vyvinout dostatečnou sílu k účinné relaxaci zadní komisury, a proto musí být ukazovák podpořen prostředníkem. Naši hypotézou tedy bylo, že tlak palce a ukazováku na hráz při simulovaném vaginálním porodu je vyšší v případě VMPP.

Cíl: Porovnat tlak prstů dominantní ruky při simulovaném vaginálním porodu při VMPP a FMPP

Metodika: Experimentální měření proběhlo na GPK FN Plzeň v dubnu 2022. Dobrovolníci z řad porodníků a porodních asistentek s variabilní konstitucí a erudicí byli požádáni o provedení manuální perineální protekce metodou VMPP a FMPP na trenažeru vaginálního porodu PROMPT Flex – Advanced (Limbs & Things Ltd, Bristol, UK). Model byl využit k odstranění vlivu nekontrolovatelných proměnných přirozeného vaginálního porodu, které by mohly ovlivnit měření. K měření tlaků prstů bylo použito zařízení vyvinuté pro předcházející studii tlaku prstů porodníkovy ruky při reálném vaginálním porodu. Naměřené signály byly vyhlazeny dolní propustí s mezní frekvencí 0,1 Hz. Nevyšší a průměrné hodnoty tlaku palce a ukazováku při VMPP a FMPP byly porovnány pomocí párového Wicxonova testu s hladinou statistické významnosti $p < 0,05$.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 21 dobrovolníků. Mezi dobrovolníky bylo 5 mužů, 16 žen, průměrný věk $36,4 \pm 9,2$ let, průměrná váha $83,9 \pm 18,7$ kg a průměrná výška $182,5 \pm 7,5$ cm. Nezaznamenali jsme rozdíl v maximální hodnotě tlaku palce (34,9 vs. 34,5 N), ani ukazováku (32,7 vs. 33,3 N) mezi VMPP a FMPP. V případě průměrného tlaku byl pozorován rozdíl pouze v případě palce (12,7 vs. 10,7).

Závěr: Podpora ukazováku prostředníkem při VMPP nezvyšuje maximální tlak vyvinutý ukazovákem na hráz při chránění hráze na modelu. Prostředník může tedy být využit

k provedení kontrolovaného porodu hlavičky přes hráz v případě FMPP bez negativního dopadu na možnost relaxace středu zadní komisury při prořezávání hlavičky.

VYHODNOCENÍ FUNKCE SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA FYZIOTERAPEUTEM POMOCÍ DIGITÁLNÍHO PROTOKOLU U PACIENTKY PO KLEŠTĚVÉM PORODU – KAZUISTIKA

*Palaščáková Špringrová I., Fasselová V.
REHASPRING centrum s.r.o., akreditované pracoviště MZČR,
Praha-Východ Čelákovice*

Úvod: Kooperace a profesní komunikace mezi lékařskými a nelékařskými obory v oblasti urogynekologie je důležitá pro efektivní poporodní péči a zlepšení kvality života ženy po porodu. Specialista fyzioterapeut na gynekologicko-urologicko-anorektální dysfunkce svalů pánevního dna (SPD) k vyhodnocení funkce SPD používá digitální protokol, který je certifikovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky pro Gynekologicko-urologický koncept Palaščáková Pelvic Approach (PPA) pro ženy. Digitální protokol je navržený tak, aby objektivizoval funkci SPD u žen, usnadňoval mezioborovou spolupráci mezi fyzioterapeutem a urogynekologem, zároveň slouží jako zdroj dat ke sledování efektivity nastavené terapie.

Cíl: Cílem tohoto příspěvku je představit digitální protokol používaný fyzioterapeutem specializujícím se na dysfunkce SPD v kazuistice 44leté pacientky, která přichází na fyzioterapii 13 let po klešťovém porodu s únikem moči, stolice a únikem větrů.

Metodika: Pacientka přichází na fyzioterapii sama kvůli symptomům ve věku 44 let. Vstupní vyšetření podle PPA protokolu obsahuje anamnestická, klinická a porodnická data. Porodní anamnéza pacientky zahrnovala 1 porod v termínu, který byl provedený kleštěmi, váha dítěte byla 3300 g a míra 50 cm. Vyhodnocení symptomů inkontinence moči pomocí dotazníku The International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-SF) bylo na 15+2 bodů v situacích při kašli, kýchnutí a při fyzické aktivitě. Vyhodnocení symptomů úniku stolice pomocí modifikovaného dotazníku ICIQ-SF bylo na 12+2 body v situacích při fyzické aktivitě a při konzistenci stolice dle Bristol Chart Stool typu 1. Vyšetření funkce SPD per vaginam adaptovanou PERFECT škálou byla vyhodnocena asymetrie síly SPD vpravo na stupeň 1 v oblasti m. puborectalis, lift SPD v zadní části levator ani byl palpačně vyhodnocen na stupeň 3 podle Oxfordské škály. Vytrvalostní a rychlostní složka SPD byla nedostatečná pro základní funkci SPD a byla vyhodnocena na E 6/ R 7/ F 7/R ano/ SM ne ve vyšetřované poloze ve stoji. Biofeedback svalů pánevního dna byl měřený ve stoji ultrazvukem GE Voluson S10 konvexní sondou RAB6-RS 4 – 8 MHz, naměřené hodnoty pro lift SPD byly 0,92 cm, rychlost nástupu kontrakce SPD byla pomalejší, vyhodnocena na 0,32s (norma 0,2s) a vědomá relaxace byla 0,3 cm (norma 0,5cm). Na základě funkčního vyšetření byla pacientka zainstruována k základnímu funkčnímu tréninku SPD podle protokolu PPA se zařazením aktivace SPD do běžných denních činností a při stresových manévrech.

Výsledky: Pacientka přišla na kontrolu funkce SPD po 8 týdnech domácí terapie podle instruktáže. Dotazník ICIQ-SF pro únik moči byl vyhodnocen na 14+1 bod, modifikovaný dotazník ICIQ-SF pro únik stolice byl vyhodnocen na 0 bodů, ale přetrvávají symptomy úniku větrů při dřepu. Vytrvalostní a rychlostní složka SPD zlepšena dle protokolu

PPA na E 10/ R 10/ F 10/ R ano/ SM ano. Při kontrolním biofeedbacku SPD měřenému ve stoji pomocí ultrazvuku bylo zaznamenáno zlepšení liftu SPD na 1,07 cm, rychlost nástupu kontrakce SPD byla rychlejší, vyhodnocena na 0,23s a vědomá relaxace zlepšena na 0,7cm. Pro kontrolu struktury SPD byly nahrány voly my fyzioterapeutem přímo na obrazovce 4D ultrazvuku při kontrakci SPD. Snímky byly připraveny pro následné vyhodnocení expertem, který potvrdil avulzní poranění vpravo programem 4DView verze (GE Healthcare version 10.2). Kontrolní vyšetření SPD bylo doplněno vyšetřením per rectum ve stoji pro vyhodnocení funkce zevního svěrače konečnicku rekta. Z funkčního vyšetření byla vyhodnocena snížená kontraktilita zevního svěrače konečnicku.

Závěr: Z výsledků kontrolního protokolu PPA vyplynulo zlepšení funkce svalů pánevního dna a tím snížení symptomů úniku moči a stolice podle dotazníků ICIQ-SF, ale pacientka nadále pociťuje diskomfort při vysoké intenzitě zátěže. Na základě snížené funkční kontraktility zevního svěrače konečnicku rekta bylo pacientce doporučeno vyšetření rektální manometrie gastroenterologem. Pro udržení a zlepšení kvality života ženy po porodu je důležitá kooperace lékařských a nelékařských oborů, zejména fyzioterapeuta specializujícího se na dysfunkce svalů pánevního dna s urogynekologem, gastroenterologem a proktologem.

VZTAH RIZIKOVÝCH FAKTORŮ POP A KLINICKÉHO UROGYNEKOLOGICKÉHO NÁLEZU PRO PREDIKCI POŠKOZENÍ MUSKULO-FASCIÁLNÍ KOMPONENTY DNA PÁNVE: PREDIKTIVNÍ MODEL

Němec M.², Krčmář M.¹, Hájková-Hympánová L.¹, Grohregin K.¹, Horejsková S.¹, Trojanová K.¹, Feyereisl J.¹, Krofta L.¹

¹Ústav pro péči o matku a dítě, 3. LF UK Praha

²Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Frýdek-Místek

Úvod: Prolaps pánevních orgánů (POP) je způsobem defektem muskulo-fasciální komponenty v jednotlivých úrovních (Level I, II, III) malé pánve. Cílem předložené práce je analýza vztahu rizikových faktorů POP a klinického nálezu pozice jednotlivých kompartmentů pro predikci míry poškození muskulo-fasciální komponenty v jednotlivých úrovních ženské pánve.

Metodika a charakteristika souboru: Jedná se o retrospektivní kontrolovanou kohortovou studii žen, které se dostavily na vyšetření pro symptomy sestupu pánevních orgánů. Patientky podstoupily urogynekologické vyšetření včetně POP-Q klasifikace a standardizované MRI vyšetření 3T s vysokým rozlišením, síla řezu byla 2 mm.

Zařazeno bylo 633 žen, průměrný věk 52.41 ± 15.9 let , průměrný BMI 26.2±4.3. Z celkového souboru 72 žen (11.4%) nerodilo, jeden vaginální porod mělo 166 žen (26.2%), dva porody 291 žen (46%), tři porody 89 žen (14.1%), 4 a více porodů 15 žen (2.4%). 530 žen rodilo vaginálně, u jedné ženy byl proveden císařský řez a v 30 případech se jednalo o klešťový porod. POP-Q staging: 107 bez sestupu, stádium I-II 282 stádium III-IV 244 žen. Zachovanou dělohu mělo 328 (51.8%) patientek, 305 žen (48.2%) bylo po hysterektomii. Celkem 319 patientek (60.2%) podstoupilo minimálně jednu rekonstrukční operaci.

Výsledek:

Level III: MLA v úrovni Level III byl poškozen bilaterálně u 339 žen (53.6%), pravostranný defekt 80 (12.6%), levostranný defekt 23 (3.6%) , defekt nebyl přítomen u 191 pacientek (30.2%). Byla prokázána závislost výskytu traumatu MLA na paritě a přítomnosti symptomů ($p < .001$). Endopelvická fascie v úrovni Level III vykazovala známky poškození u 381 (60.2%) žen. Jednalo se o přítomnost paravaginálního defektu a středního fasciálního defektu v přední nebo/a zadním kompartmentu. Fasciální defekt nebyl zaznamenán u žádné pacientky, která nerodila. Byla prokázána závislost výskytu fasciálního defektu na paritě a přítomnosti symptomů ($p < .001$).

Stupeň sestupu (POP-Q stage I-II vs. III-IV) detekovaný klinickým vyšetřením vykazuje souvislost s mírou defektu MLA v úrovni Level III ($p < .001$). To samé platí pro fasciální defekt ($p < .001$).

Level II: MLA v úrovni Level II byl poškozen bilaterálně u 345 (54.5%) žen. Unilaterální defekt byl detekován ve 109 (17.2%) případech. Obdobně jako na úrovni Level III byla prokázána závislost výskytu traumatu MLA na paritě a přítomnosti symptomů ($p < .001$). Endopelvická fascie v úrovni Level II vykazovala známky poškození u 495 (78,2%) žen. Dominovaly izolované defekty fascie ve střední linii předního nebo/i zadního kompartmentu (39.6%). Izolované paravaginální defekty byly detekovány v 10.3%. Ve zbytku případů se jednalo o kombinace fasciálních defektů. Byla prokázána závislost výskytu fasciálního defektu v úrovni Level II na paritě a přítomnosti symptomů ($p < .001$). Stupeň sestupu (POP-Q stage I-II vs. III-IV) detekovaný klinickým vyšetřením vykazuje souvislost s mírou defektu MLA v úrovni Level II ($p < .001$). To samé platí pro fasciální defekt ($p < .001$). Level I: Normální nález sakrouterinních vazů (SUL) byl popsán u 168 (26.5%) pacientek s přítomnou dělohou, z nichž 64 nerodilo, 64 rodilo jednou a pouze u 40 žen, které rodily více než jedenkrát. U pacientek, které v minulost podstoupily hysterektomii byl abnormální nález SUL popsán u 220 (34.8%) z nich. Normální SUL nález byl popsán pouze u 81 pacientek po hysterektomii. U pacientek bez předchozí hysterektomie byl normální nález SUL popsán ve 168 (26.5%) případech. Byla prokázána závislost výskytu defektu SUL v úrovni Level I na paritě, přítomnosti symptomů a klinickém stupni sestupu (POP-Q: stage I-II vs. III-IV) ($p < .001$).

Závěr: : Defekty muskulo-fasciální komponenty v LI-LIII jsou komplexní a navzájem propojenou problematikou. Na základě klinického nálezu, parity, symptomů a uterinního stavu lze predikovat míru poškození muskulo-fasciální komponenty v jednotlivých úrovních dna pánve. Jedná-li se o pacientku po předchozí hysterektomii, je u ní téměř 70% pravděpodobnost poškození SUL a je nutná fixační operace v úrovni Level I. Pokud je děloha zachována, existuje téměř 50% pravděpodobnost poškození SUL a tudíž by těmto pacientkám měla být rovněž provedena fixace.

POZICE STŘEDNÍHO KOMPARTMENTU U ŽEN V ZÁVISLOSTI NA STAVU SAKROUTERINNÍCH LIGAMENT, MUSCULUS LEVATOR ANI A PŘÍTOMNOSTI DĚLOHY

Hájková Hympánová L.¹, Samešová A.¹, Horčíčka L.², Němec M.³, Krčmář M.¹, Zapletal J.⁴, Feyereisl J.¹, Krofta L.¹

¹Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

²GONA, s. r. o., gynekologie, Praha

³Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku, Frýdek-Místek
Nestátní zdravotnické zařízení GONA

⁴Gynekologicko-porodnická klinika 3. lékařská fakulta a FNKV, Praha

Úvod: Sestup pánevních orgánů (POP) zhoršuje kvalitu života mnoha žen a je spojen s velkým počtem operací. Podpůrný pánevní aparát je komplikovaný víceúrovňový systém a vliv poškození jeho jednotlivých složek na jednotlivé poševní kompartmenty nebyl dosud uceleně popsán. Cílem této studie bylo zhodnotit a popsat vliv abnormálně vypadajících ligg.sacroterinae a poškozeného m. levator ani na pozici centrálního kompartmentu (dělohy respektive poševního pahýlu). Pánevní anatomie žen s poškozením byla srovnána i se zdravými nerodičskými ženami.

Metody: V rámci studie jsme sledovali dvě skupiny žen. Symptomatické ženy trpící různým stupněm sestupu, u kterých bylo naplánováno chirurgické řešení a zdravé dobrovolnice, které ještě nerodily. Ženy, které souhlasily se zařazením do studie a podepsaly informovaný souhlas, podstoupily vyšetření pánve na 3T magnetické rezonanci (3T MRI). Symptomatické ženy podstoupily vyšetření před plánovaným operačním zákrokem. Zobrazení bylo provedeno v klidu a při maximálním tlačení (Valsalva). Na získaných snímcích MRI jsme hodnotili 1/ defekty m.levator (skórovací systém dle DeLancey, 2007) a 2/ vzhled ligg.sacroterinae (Umek, 2004). Jako nepoškozená ligg.sacroterinae byla označena ta, která měla normální vzhled. Tenká, přerušená či neidentifikovatelná byla označena jako abnormální. Dále jsme hodnotili pozici děložního hrdla resp. poševního pahýlu ve vztahu k obratli S5 v souřadnicovém systému. Změna pozice směrem dorzoventrální odpovídá souřadnici "x" a kraniokaudální odpovídá souřadnici "y". Ke statistickému zhodnocení výsledků jsme použili mnohorozměrný model pro více závislých proměnných (multivariate test).

Výsledky: Studie se zúčastnilo 593 žen, z nichž 218 žen podstoupilo v minulosti hysterectomii a ostatní měly dělohu zachovanou. Průměrný věk byl 53±17 let a BMI 26±4. Symptomatické ženy byly převážně druhorodičky, které trpěly sestupem pánevních orgánů druhého a třetího stupně lokalizovaného v různých kompartmentech. Pozorovali jsme statisticky významný vliv stavu sacroterinních ligament a přítomnosti dělohy na uložení děložního hrdla resp. poševního pahýlu v souřadnicovém systému ("x" a "y") dorzoventrálně i kraniokaudálně. Defekt m.levator ani měl významný vliv na dorzoventrální uložení centrálního kompartmentu (souřadnici "x"). Jeho poškození má vliv na polohu centrálního kompartmentu v případě normálních i abnormálních ligg.sacroterinae.

Závěr: Stav všech hodnocených proměnných, ligg.sacroterinae, m.levatoris ani a přítomnost dělohy ovlivňuje polohu středního kompartmentu v souřadnicovém systému.

ANALÝZA MUSCULUS LEVATOR ANI V ÚROVNI LEVEL III U ASYMPTOMATICKÝCH ŽEN PO I. VAGINÁLNÍM PORODU

Křčmář M.¹, Horčíčka L.², Zapletal J.⁴, Němec M.³, Hympánová L.¹, Feyereisl J.¹, Krofta L.¹

¹Ústav pro péči o matku a dítě, 3. LF UK Praha

²Gona s.r.o., Praha

³Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Frýdek Místek

⁴Gynekologicko-porodnická klinika FN Královské Vinohrady, 3. LF UK Praha

Úvod: Analýza stavu m. levator ani (MLA) a jeho částí m. puborectalis (PRM) a m. pubovisceralis (PMC) s dalšími morfologickými parametry u anatomicky i funkčně asymptomatických žen po I. vaginálním porodu ve srovnání s nerodicími ženami.

Metodika a charakteristika souboru: Jedná se o retrospektivní, kohortovou studii žen o vlivu prvního, spontánního vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna. Účastnice podstoupily urogynekologické vyšetření včetně POP-Q a standardizované MRI vyšetření 3T s vysokým rozlišením, slicing 2 mm, gap 0. Vyšetření bylo provedeno: a) v klidu, v axiální, sagitální a koronální rovině od vrcholu kyčelních kostí po sedací hrbol, b) dynamicky během maximálního Valsalvova manévru v mediasagitální rovině. Vyšetření bylo provedeno 6-12 měsíců po I. vaginálním porodu, jako kontrolní skupina byla použita kohorta nullipar. Morfologie svalově-fasciálního komplexu byla hodnocena dle metodiky deLanceyho, dále byly vyšetřeny: průměr urogenitálního hiátu (UGH), urogenitální úhel (UGA) a průměr genitálního hiátu (GH). Pro statistické hodnocení byl použit Mann-Whitneyho a chí-kvadrát test.

Zařazeno bylo 107 žen, 64 nullipar, 43 primipar. Průměrný věk byl u nullipar 28.5 ± 1.9 let, SD 3,94, u primipar $30,7 \pm 2,2$, SD 3,62. Průměrný BMI byl u nullipar $22,8 \pm 1,8$, SD 3,6, u primipar $25,5 \pm 2,4$, SD 3,85. POP-Q u nullipar: Bod Ba -3 ± 0 , SD .00, Bod C $-8,2 \pm 0,53$, SD 1,07, Bod Bp -3 ± 0 , SD .00., gh $2,7 \pm 0,41$ SD .83, pb $3,5 \pm 0,27$, SD .55 a tvl $8,9 \pm 0,51$ SD 1.1., u primipar: Bod Ba $-1,9 \pm 0,19$, SD .31, Bod C $-6,9 \pm 0,81$, SD 1,32, Bod Bp $-1,9 \pm 0,16$, SD .26., gh $3,5 \pm 0,18$, SD .29, pb $3,7 \pm 0,26$, SD .43 a tvl $8,79 \pm 0,52$, SD .85.

Výsledky: Primipary byly signifikantně starší, s vyšším BMI (.001), horšími hodnotami parametrů POP-Q (.001) kromě tvl (.782). Kotvení (entéza) PRM na zadní plochu spony u nullipar $9,94 \pm 2,54$, SD 5,1 bylo nevýznamně (.079) nižší než u primipar $11,7 \pm 3,8$ SD 6,1. Kotvení PCM u nullipar $9,2 \pm 2,0$ SD 3,9 byla významně ($\leq .001$) nižší než u primipar $13,1 \pm 3,4$ SD 5,5. Trauma MLA nebylo u nullipar prokázáno, u primipar bylo v 17 (39,5%) případech bilaterální, v 17 případech (39,5%) vpravo. Minor trauma bylo u 25 (58,2%) žen, u 9 (18,6%) šlo o major trauma. U PRM se typově jednalo vpravo u 19 (44,2%) žen o Typ I, 1x (2,3%) o Typ II, u bilaterálních traumat u 11 žen (25,6%) o Typ I a u 2 (4,7%) o Typ II, u PCM části se typově jednalo vpravo u 8 (18,6%) žen o Typ I, 1x (2,3%) vlevo, 1x (2,3%) o Typ II vpravo, u bilaterálních traumat u 4 žen (9,3%) o Typ I. Fasciální trauma (FD) nebylo pozorováno u nullipar, u primipar pouze 1x (2,3%) coby paravaginální defekt vpravo, 1x (2,3%) vlevo a u 2 žen (4,7%) jako defekt RV septa. Hodnoty UGH v klidu byly $47,39 \pm 4,1$ SD 8,1 u nullipar, $49,1 \pm 4,1$ SD 6,6 u primipar (.188), UGA v klidu $28,4 \pm 4,1$ SD 7,9 u nullipar, $26,4 \pm 5,1$, SD 8,2 u primipar (.284), GH v klidu u nullipar byl $20,6 \pm 2,16$, SD 4,3, při Valsalva $26,1 \pm 2,0$, SD 4,1 ($\leq .001$) zatímco u primipar v klidu $23,9 \pm 2,6$, SD 4,2 a při Valsalva $30,1 \pm 2,8$, SD 4,5 ($\leq .001$).

Závěr: Detailní analýza stavu muskulo-fasciální komponenty pánevního dna žen prokázala, že i u klinicky zcela asymptomatických žen po prvním, nekomplikovaném

vaginálním porodu dochází v poměrně vysokém procentu k výskytu závažných změn především svalové části pánevního dna, které se mohou v budoucnosti manifestovat rozvojem pánevních dysfunkcí. Morfologické změny svalu spadají do kategorie Typ I, kdy je kotvení zachované, ale sval ztrácí svou hmotu. Lze spekulovat, že se jedná o následek denervace svalu. Poranění Typ II, kdy je porušeno kotvení je podstatně méně časté. Fasciální defekt se vyskytuje méně často než tramu svalu. Tento fakt souvisí pravděpodobně s vyšší odolností pojivové tkáně ve srovnání s tkání svalovou.

3D HR ANOREKTÁLNÍ MANOMETRIE - BASELINE HODNOTY U MLADÝCH ASYMPTOMATICKÝCH NULIPAR

Grohregin K., Ducháč V., Krofta L., Hympanová L., Sturmová I., Fenclová K., Feyereisl J.

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Úvod: Funkční poruchy anorekta postihují 10-15% populace v rozvinutých zemích, projevují se zejména jako obstrukce a inkontinence stolice. 3D High Resolution anorektální manometrie (3D HRAM) je technologie iniciálně používaná v gastrooesofageální oblasti GIT. V anorektální oblasti slouží k vyšetření funkčních parametrů anorekta, rektální sensitivity a anorektálních reflexů. Je využitelná u symptomatických pacientek, dále u žen před a po terapeutické intervenci, před a po resekci rekta. V urogynologii je 3D HRAM přínosem u žen po komplikovaném porodním poranění, kdy po zhodnocení funkčních parametrů pomáhá v rozhodnutí o způsobu vedení dalšího porodu.

Cíl: Cílem naší práce bylo změřit, v rámci pilotní studie, hodnoty tlakových poměrů v oblasti

anorekta na unikátním souboru mladých zdravých a asymptomatických GO/PO.

Metodika: Po odběru anamnézy a podpisu informovaného souhlasu proběhlo nejprve klinické vyšetření s morfologickým posouzením stavu závěsných a podpůrných struktur dna pánve a vyšetření pomocí 3/4D a 3T MRI. Před vlastní 3D HRAM byly pacientky vyšetřeny nejprve per rectum a poté, v poloze na levém boku pomocí ManoScan™ High Resolution Manometry System. Ve schématu doporučeném IAPWG (International Anorectal Physiology Working Group) proběhlo vyšetření v klidu, opakovaném krátkodobém i dlouhodobém squeezeu, při kašli a následně při manévru simulované defekace (push). Vyšetření rektální sensitivity proběhlo insuflací balonku, který je součástí solidního vyšetřovacího katetru. Následná analýza dat byla provedena pomocí ManoView™ AR Analysis Software.

Výsledky: Pilotní studie probíhala ve specializované multioborové ambulanci pro anorektální dysfunkce ÚPMD od září do října 2023. S vyšetřením souhlasilo 12 žen. Průměrný věk pacientek v našem souboru byl 28,45 let. Průměrný klidový tlak sfinkteru byl 93,89 mm Hg, délka high pressure zone (HPZ) 3,9 cm. Průměrná hodnota maximálního tlaku sfinkteru při squeeze manévru byla 214,8 mm Hg a délka dlouhodobého squeezeu byla 15,48 s. Rektoanální inhibiční reflex byl výbavný u všech pacientek a průměrné hodnoty stanovující rektální senzitivitu byly pro first sensation 50 ml, pro urgenci 93 ml

a pro dyskomfort 155 ml.

Závěr: Námi získané hodnoty parametrů funkce anorekta jsou v souladu s extrémně chudou publikovanou literaturou. Vyšší hodnoty maximálního tlaku při squeeze manévru přičítáme charakteristice našeho souboru (mladé nulipary). Vysoká přesnost provedeného vyšetření tlakových poměrů anorekta umožní detekovat případné obtíže spadající do kategorie ano- rektálních dyssynergií. Naměřené hodnoty můžeme v budoucnu využít jako referenční při vyšetření symptomatických pacientek.

POSTEROVÁ SEKCE:

POPORODNÍ REZIDUÁLNÍ DEFEKT ANÁLNÍHO SFINKTERU

Szypulová M., Tvarožek S., Štefflová A., Tůmová T., Huser M.
Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno, Brno

Úvod: Anální inkontinence je závažný celospolečenský problém. Jedná se o problematiku nechtěného úniku plynů, stolice, potíže s defekací trvající déle než 3 měsíce. Prevalence poporodní anální inkontinence nelze jednoznačně hodnotit. Hlavní příčinou poporodní anální inkontinence je traumatické poranění perineální oblasti s poraněním pánevního dna (strukturální, funkční) po vaginálním porodu, nepoznané či nesprávně ošetřené poranění análního sfinkteru - OASIs (obstetric anal sfincter injuries). Rizikovými faktory porodního poranění análního svěrače je mediální episiotomie, porod plodu s váhou nad 4000g, extrakční operace, vaginální porod vedený po císařském řezu, věk matky nad 35 let, primiparita, augmentace porodu Oxytocinem, prodloužená II.doba porodní, etc.

Cíl práce: Cílem práce je zhodnotit, zda souvisí ultrazvukově detekovaný reziduální defekt análního sfinkteru s projevy anální inkontinence u žen po rizikovém vaginálním porodu.

Materiál a metodika: Prospektivní observační kohortová studie u žen po vaginálním porodu s rizikovými faktory anální inkontinence - poranění análního sfinkteru III. a vyššího stupně, porod ukončený extrakční operací, váha porozeného plodu nad 4000g, naléhání temenem. Ženy byly vyšetřeny min. za 12 týdnů po porodu. Vyšetření zahrnovalo kompletní urogynekologické vyšetření včetně ultrazvukového zobrazení 4D pánevního dna a transperineální 3D/4D ultrazvukového (UZ) vyšetření svěrače konečníku (dle metodiky H.P. Dietze) se zhodnocením reziduálního defektu. Dále subjektivní vnímání potíží s močením (ICIQ-UI-SF), fekální inkontinencí (Wexner score), sexuálních funkcí (PISQ-12), potíží se sestupem pánevních orgánů (POP-DI 6) vyplněné pomocí dotazníku. Jedná se o pacientky, které porodily na Gynekologicko-porodnické klinice FN Brno v období 6/2022-6/2023. Pozitivním projevem anální inkontinence byla subjektivní zmínka o nekontrolovatelném úniku plynů či stolice nebo Wexner score ≥ 2 . **Výsledky:** Z celkové kohorty 247 žen s rizikovými perinatálními faktory s průměrným věkem 31,2 let (SD 4,4; 29,0 – 34,0), BMI 24,2 kg/m² (SD 4,5; 20,8 – 26,4), paritou 1,22 (SD 0,49; 1,0-2,0), průměrnou váhou plodu 3509,5 g (SD 0,36; 2230-4920), 110 žen s poraněním III. a vyššího stupně (44,5%) bylo detekováno 74 pacientek s UZ reziduálním defektem III. a vyššího stupně (30,0%), z nichž 27 udalo minimálně jeden z projevů anální inkontinence (Wexner skóre ≥ 2), což odpovídá 36,5% (p value 0,614). Subjektivní potíže úniku plynů či potíže se stolicí se vyskytlo u 75 žen z celkové skupiny (30,4%), u 48 žen bez UZ reziduál. defektu sfinkteru (27,8%).

Závěr: Dle našeho zkoumání UZ reziduální defekt análního sfinkteru statisticky nesouvisí s projevy anální inkontinence. Je otázkou, do jaké míry je kontinence stolice ovlivněna i funkčními změnami pánevního dna. Je zajímavé, že subjektivní vnímání potíží s anální inkontinencí nekorelovalo se strukturálním UZ defektem svěrače a naopak. Vzhledem k časnému odhalení pacientek s rizikovými perinatálními faktory můžeme co nejdříve zahájit intenzivní rehabilitační péči svalstva pánevního dna a časově vychytat diagnostický a terapeutický algoritmus anální inkontinence v reálném čase.

UŽITÍ KOŽNÍHO LALOKU V TERAPII REKURENTNÍ URETRO-VAGINÁLNÍ PÍŠTĚLE

Tvarožek S.¹, Weinberger V.¹, Varga G.², Šín P.³, Szypulová M.¹, Huser M.¹

¹Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno a LF MU,

²Urologická klinika FN Brno a LF MU

³Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno a LF MU

Úvod: Urogenitální píštěl je patologická komunikace mezi orgány močového ústrojí ženy a jejími pohlavními orgány. Většina urogenitálních píštělí v rozvíjejících se zemích světa vzniká následkem porodních poranění (1,2). Naopak, v zemích vyspělých, 70 až 90 % (2–5) píštělí vzniká iatrogeně po chirurgickém zákroku. Hysterektomie je příčinou vzniku více než 60 % (3,4) případů píštělí.

Prezentace vlastního případu: Pacientka, 40 let, sekundipara, léčena pro psoriázu, astma, hypotyreózu a revmatoidní artritidu byla odeslána na naše pracoviště pro recidivující uretro-vaginální píštěl.

V květnu 2022 operována v okresní nemocnici pro sestup pánevních orgánů. Jako operační řešení byla zvolena simplexní vaginální hysterektomie s poševními plastikami. Dle závěrečné zprávy proběhl výkon bez komplikací. Pacientka se však po týdnu od operace dostavila na stejné pracoviště s únikem moči pochvou. Byla diagnostikována uretro-vaginální píštěl. Jako řešení byl zvolen konzervativní postup se snahou o vyhojení píštěle, avšak bez zavedení jakékoliv derivace moči. Pro selhání konzervativní terapie byla pacientka odeslána na urologické oddělení téže nemocnice k operačnímu řešení. V září 2022 byl proveden operační uzávěr uretro-vaginální píštěle, a po extrakci močového katetru (MK) bylo konstatováno zhojení. Nicméně za 14 dní od operace opět dochází k leaku moči pochvou.

Poté se pacientka rozhodla vyhledat pomoc na vyšším pracovišti, Urologické klinice FN Brno. Zde byla v lednu 2023 provedena cystoskopie s PatentBlau v kombinaci s vaginoskopií, a bylo vysloveno podezření na píštěl na č. 6 v hrdle močového měchýře, která se potvrdila i vaginoskopicky. V březnu 2023 byl proveden operační uzávěr píštěle, avšak vzhledem k astenickému habitu pacientky, a z obavy o nedostatek materiálu bez použití plánované interpozice. Za 14 dní od výkonu pacientka opět přichází pro leak moči pochvou. Koncem března 2023 byla provedena cystourethrografie s mikční uretrocystografií se závěrem perzistující fistulace.

Vzhledem k recidivě byla pacientka odeslána na naše pracoviště, kde byla v květnu 2023 kompletně vyšetřena včetně cystoskopie v krátkodobé celkové anestezii. Po pečlivějším vyšetření byl konstatován rozsáhlejší defekt uretry velikosti asi 6×4 mm pod hrdlem močového měchýře. Nález byl klasifikován jako juxtauretrální píštěl 3all dle Gohové(6). Multidisciplinárním týmem ve složení (uro)gynekolog/urolog/plastický chirurg bylo navrženo operační řešení s použitím interpozičního laloku dle Marciuse. Jako alternativa, při případném nedostatku poševní tkáně pro výraznou fibrózu v okolí píštěle, bylo navrženo užití kožního laloku z genitální oblasti. Do doby operace byla drenáž moči zajištěna kombinací epicystostomie a MK.

V červenci 2023 bylo provedeno navrhované operační řešení. Vzhledem velmi výrazné fibróze bylo nutné nejdříve postupné odpreparování poševní stěny směrem od zevního ústí uretry až do místa píštěle. Zde byl identifikován defekt uretry v rozsahu asi 6×4 mm a provedena jeho sutura 4.0 vstřebatelným stehem. Následná zkouška těsnosti PatentBlau byla bez průkazu leaku. Vzhledem k velkému zjizvení tkáně a

obavám z přílišného napětí a ischemie v místě defektu bylo rozhodnuto o transpozici koriotukového laloku z pravého velkého stydského pysku do místa píštěle. Následovala sutura sekundárního defektu a zavedení drenáže jako prevence vzniku hematomu. Drenáž moči zajistila epicystostomie v kombinaci se silikonovým MK přišitým ke kůži, jako prevence vzniku ischemie z útlaku balonkem. Oba katetry byly ponechány celkem 6 týdnů.

Po šesti týdnech byla nejdříve zrušena epicystostomie, a s týdenním odstupem i MK. Transponovaný lalok byl vitální s dobrou perfusí na ultrazvuku. Po provedeném testu těsnosti PatentBlau bylo konstatováno vyhojení uretro-vaginální píštěle. Nicméně u pacientky přetrvává inkontinence stresového typu, která si bude žádat korekci v druhé době.

Závěr: Urogenitální fistula komplikuje přibližně 0,12 – 0,5 % hysterektomií (7–9). S počtem pokusů o operační řešení se snižuje šance na úspěch (4,10). Naopak centralizace a dostupnost multidisciplinárního týmu zvyšuje pravděpodobnost vyléčení (4).

Literatura:

1. Kumar S, Vatsa R, Bharti J, Roy KK, Sharma JB, Singh N, et al. Urinary fistula-A continuing problem with changing trends. J Turkish German Gynecol Assoc J Turkish German Gynecol Assoc. 01. marec 2017;18(1):15–9.
2. Staskin LC David, editor. Hilton P. Surgical fistulae and Obstetric fistulae. V: Textbook of Female Urology and Urogynecology: Clinical Perspectives. 5th vyd. London: Isis Medical Media Ltd; 2001. s. 691–719.
3. Hilton P. Urogenital fistula in the UK: a personal case series managed over 25 years. BJU Int. júl 2012;110(1):102–10.
4. Hillary CJ, Osman NI, Hilton P, Chapple CR. The Aetiology, Treatment, and Outcome of Urogenital Fistulae Managed in Well- and Low-resourced Countries: A Systematic Review. European Urology. september 2016;70(3):478–92.
5. Aronson MP, Bose TM. Urinary Tract Injury in Pelvic Surgery: Clinical Obstetrics and Gynecology. jún 2002;45(2):428–38.
6. Goh JTW. A new classification for female genital tract fistula. Aust N Z J Obstet Gynaecol. december 2004;44(6):502–4.
7. Dallas KB, Rogo-Gupta L, Elliott CS. Urologic Injury and Fistula After Hysterectomy for Benign Indications. Obstetrics & Gynecology. august 2019;134(2):241–9.
8. Hesselman S, Bergman L, Högberg U, Jonsson M. Risk of fistula formation and long-term health effects after a benign hysterectomy complicated by organ injury: A population-based register study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2018;97(12):1463–70.
9. Hilton P, Cromwell D. The risk of vesicovaginal and urethrovaginal fistula after hysterectomy performed in the English National Health Service—a retrospective cohort study examining patterns of care between 2000 and 2008. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2012;119(12):1447–54.
10. Okunola TO, Yakubu E, Daniyan B, Ekwedigwe K, Eliboh M, Sunday-Adeoye I. Profile and outcome of patients with recurrent urogenital fistula in a fistula centre in Nigeria. Int Urogynecol J. február 2019;30(2):197–201.



- **Betmiga má prokázanou vysokou persistenci* při léčbě OAB^{1,2}**
- **Mirabegron je dobře tolerován s incidencí sucha v ústech na úrovni placebo³**
- **Účinnost a bezpečnost ověřená ve velkých klinických studiích⁴**

 **Betmiga**[™]
mirabegronum

β_3 agonista k léčbě hyperaktivního močového měchýře⁴

Reference:

1. Freeman R, Foley S, Rosa Arias J, Vicente E, Grill R, Kachirova Z, Stari A, Huang M, Choudhury N Mirabegron improves quality-of-life, treatment satisfaction, and persistence in patients with overactive bladder: a multi-center, non-interventional, real-world, 12-month study Curr Med Res Opin. 2018; 34(5):785-793 Study No: 178-MA-1002. 2. Daisuke Kato, Hiromi Tabuchi, Satoshi Uno Three-Year Safety, Efficacy and Persistence Data Following the Daily Use of Mirabegron for Overactive Bladder in the Clinical Setting: a Japanese Post-Marketing Surveillance Study LUTS. 2018, Aug 6 [ePub ahead of print] Study No: BE0002. 3. Nitti VW, Khullar V, van Kerrebroeck P et al. Mirabegron for the treatment of overactive bladder: a prespecified pooled efficacy analysis and pooled safety analysis of three randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III studies. Int J Clin Pract. 2013 Jul;67(7):619-32. 4. Zdroj: SPC Betmiga.

*53,8 % stále užívalo mirabegron po 10-12 měsících

TENA®

NOČNÍ VLOŽKY

TENA Lady Night

*stále
jsem to já*



Speciálně navržené vložky na noc pro zvýšenou ochranu při úniku moči během spánku.

Inkontinenční vložky TENA Lady jsou zdravotnické prostředky určené pro ženy při lehké až střední inkontinenci.

www.tenalady.cz

HARTMANN



Navrženo pro
aktivní pacienty
s ohledem na jejich
specifické potřeby



MoliCare®

Anatomicky tvarované absorpční pomůcky



Spolehlivá ochrana

Rychlá absorpce, antibakteriální účinek díky kroucenému vláknu, prodyšný materiál a pH 5.5 pro udržení zdravé pokožky



Diskrétní a komfortní jako

spodní prádlo

Anatomický tvar, jemný a elastický materiál pro pohodlné nošení

Pro bližší informace volejte na bezplatnou linku **800 100 150** nebo navštivte www.hartmann.cz

Produkty značky MoliCare® jsou zdravotnickými prostředky.



KONZULTAČNÍ A VZDĚLÁVACÍ PORTÁL PRO LÉKAŘE

BEZ NUTNOSTI REGISTRACE

GARANTI ODBORNÝCH SEKČÍ



prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.



prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

ODBORNÉ KOLEGIUM



prof. MUDr. Pavel
Horák, CSc.



MUDr. Heřman
Mann, Ph.D.



MUDr. Liliana
Šedová



prof. MUDr. Ladislav
Šenoš, Ph.D.



doc. MUDr. Jakub
Závada, Ph.D.

VYBÍREJTE Z MNOHA DIAGNÓZ



Nejasná
diagnóza



Revmatoidní
artritida



Psoriatická
artritida



Ankylozující
spondylitida



Dnavá
artritida



Systémové
onemocnění
pojiva

○○○

Jiné
diagnózy

VÝHODY PROJEKTU

- ✓ Konzultujte diagnostiku a léčbu svého pacienta **ANONYMNĚ**
- ✓ Odborné kolegium je tu pro Vás a dotazy zodpovídá **OBRATEM**
- ✓ Konzultované případy **ANONYMNĚ PUBLIKUJEME NA WEBU**
- ✓ Přinášíme pro Vás **AKTUALITY** - guidelines, kazuistiky, přednášky, články, podcasty



PORAĎTE SE ON-LINE

v léčbě svých pacientů
s revmatickým onemocněním
na **www.REVMA-online.cz**



Vložte dotaz

Odborní partneři



Generální
partner inzerce

sanofi

Hlavní partneři projektu

abbvie

Lilly

NOVARTIS



CONGRESS PRAGUE, S.R.O.
NA CELNÉ 826/8
150 00 PRAHA 5
ČESKÁ REPUBLIKA
TEL.: +420 241 445 759
E-MAIL: OFFICE@CONGRESSPRAGUE.CZ
WEB: WWW.CONGRESSPRAGUE.CZ