



# XXIX. KONFERENCE SEKCE GYNEKOLOGICKÉ ENDOSKOPIE ČGPS ČLS JEP

Kongresové centrum

**CLARION CONGRESS  
HOTEL OLOMOUC**

Olomouc

14. – 15. ŘÍJNA 2021

**PROGRAMOVÝ  
SBORNÍK S ABSTRAKTY**

ISBN: 978-80-906981-5-4

Vydavatel: Česká lékařská společnost JEP  
Sekce gynekologické endoskopie ČGPS



CONGRESS  
PRAGUE  
congress and conference organizer



**Pořadatel:**

Sekce gynekologické endoskopie České  
gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

**Předseda organizačního výboru:**

prof. MUDr. Radovan Píłka, Ph.D.

**Odborný program:**

MUDr. Jiří Hanáček

**Organizátor:**

Congress Prague

# PARTNEŘI, VYSTAVOVATELÉ, FIREMNÍ SATELITNÍ SYMPOZIA A SPONZOROVANÉ PŘEDNÁŠKY

Hlavní partneři:

**NORDIC**  
PHARMA

**OLYMPUS**

Partneři:

**120** YEARS  
GEDEON RICHTER

**Medtronic**

Mediální partner:

**M1** MORAVIA  
MEDIZINTECHNIK

Partner workshopu hysteroskopie:

**OLYMPUS**

Mediální podpora kongresu:

**profi** MEDICÍNA

## Vystavovatelé:

DAHLHAUSEN CZ, spol. s r.o.  
Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.  
MEDITRADE spol. s r.o.  
Medtronic Czechia s.r.o.  
MeWAdia s.r.o.  
Moravia Medizinetchnik s.r.o.  
NORDIC Pharma, s.r.o.  
Olympus Czech Group, s.r.o.  
Radix CZ s.r.o.  
VEGALL Pharma s.r.o.

# VÍTÁME VÁS NA XXIX. KONFERENCI SEKCE GYNEKOLOGICKÉ ENDOSKOPIE ČGPS ČLS JEP

*Vážené kolegyně a kolegové, vážení hosté,*

*jménem výboru Sekce gynekologické endoskopie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP Vás co nejsrdečněji vítáme na XXIX. konferenci Sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP v Olomouci.*

*Chceme Vám v první řadě poděkovat za Vaši účast. Zvláště děkujeme těm z Vás, kteří se do programu konference zapojili aktivně svými volnými sděleními. Věříme, že se nám s Vaší pomocí podařilo připravit zajímavý odborný program poskytující široký prostor k otevřené diskuzi.*

*Zvlášť chceme poděkovat partnerům konference a všem zúčastněným firmám za jejich všestrannou podporu. Velmi si toho vážíme a chceme, aby podpora konference byla pro ně dobrou investicí. Vyzýváme účastníky konference, aby využili všech možností a přestávek v programu konference k návštěvě výstavních expozic a seznámení se s jednotlivými firemními prezentacemi.*

*Přejeme Vám příjemný a přínosný pobyt v Olomouci, děkujeme Vám za zájem a aktivní podporu konference. Věříme, že si z ní odnesete řadu nových, zajímavých a podnětných poznatků a zkušeností.*

*Za organizační výbor konference*

**prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.**

*předseda Sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP  
a předseda organizačního výboru konference*

**MUDr. Jiří Hanáček**

*vědecký sekretář  
koordinátor odborného programu konference*

# Hyalobarrier®

GEL | GEL ENDO

- po adheziolýze
- po myomektomii
- po císařském řezu
- po hysteroskopii
- po operaci endometriózy
- po operacích vaječníků nebo vejcovodů



## Účinná prevence a řešení adhezí

**Zkrácená informace o zdravotnickém prostředku Hyalobarrier gel®** je sterilní a viskózní gel. Je složen ze 100% čisté hyaluronové kyseliny, bez příměsí jakýchkoliv cizorodých látek. Vytváří tak bariéru proti srůstům, která udržuje přiléhající tkáň od sebe během fáze hojení následující po chirurgickém výkonu. Je proto indikován k prevenci nebo snížení tvorby pooperačních srůstů v oblasti břicha, pánve a dutiny děložní (např. odstranění myomů, endometriózy, cysty na vaječniku, operace vejcovodů, srůsty v dutině děložní, porod císařským řezem). Gel je zcela odbourán do 4 týdnů po aplikaci cestou přirozeného metabolismu kyseliny hyaluronové. **Balení:** k dispozici jsou dva druhy balení: Hyalobarrier gel®: je indikován k použití u otevřených chirurgických zákroků (laparotomie), po operačních zákrocích v děloze (hysteroskopiích) a při císařských řezech. Hyalobarrier gel® endo: je indikován k použití u endoskopických výkonů (laparoskopie). **Uchování:** Uchovávejte v chladničce při teplotě 2 – 8 °C. Přípravek může být skladován při pokojové teplotě pouze po omezenou dobu (ne delší než 7 dnů), poté musí být znovu skladován v chladničce. Nesmí zmraznout! **Výrobce:** Anika Therapeutics S.r.l., Corso Stati Uniti 4/U, 35127 Padova (PD) – ITÁLIE

**Hyalobarrier®**  
GEL | GEL ENDO

[www.srusty.cz](http://www.srusty.cz)

**NORDIC**  
PHARMA

## ZÁKLADNÍ INFORMACE

### Pořadatel:

Sekce gynekologické endoskopie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

### Předseda organizačního výboru:

prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

### Odborný program:

MUDr. Jiří Hanáček

### Organizační výbor:

Radovan Pilka, předseda

Michal Mára, místopředseda

Jiří Hanáček, vědecký sekretář

Zdeněk Adamík

Jan Drahoňovský

Josef Eim

Michael Fanta

Martin Charvát

Zdeněk Novotný

### Organizátor:

Congress Prague s.r.o.

### Odpovědný zástupce:

Petra Skalová | [petra.skalova@congressprague.cz](mailto:petra.skalova@congressprague.cz) | +420 774 923 353

### Doprovodná výstava:

Petra Vaňoučková | [petra.vanouckova@congressprague.cz](mailto:petra.vanouckova@congressprague.cz) | +420 724 488 565

### Registrace a ubytování:

Nikola Houdková | [nikola.houdkova@congressprague.cz](mailto:nikola.houdkova@congressprague.cz) | +420 241 445 759

Silvie Krejsková | [silvie.krejskova@congressprague.cz](mailto:silvie.krejskova@congressprague.cz) | +420 241 445 759

## **Pravidla pro účast:**

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možné výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník (po uhrazení registračního poplatku) při vstupu na kongres.
- Součástí registračního poplatku na kongres nejsou kongresové obědy. Kongresový oběd je k dispozici pouze účastníkům, kteří si jej předem v rámci registrace na kongres na daný kongresový den objednali. Potvrzení vstupu na kongresový oběd je při objednání této služby součástí registračního průkazu účastníka.
- 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. Clarion Congress Hotel Olomouc, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách Clarion Congress Hotelu Olomouc určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách Clarion Congress Hotelu Olomouc 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).

## **Certifikáty:**

Účast na akci je zařazena do systému celoživotního vzdělávání dle Stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory. Registrovaní účastníci XXIX. KONFERENCE SEKCE GYNEKOLOGICKÉ ENDOSKOPIE ČGPS ČLS JEP 2021, kteří absolvují odborný program, obdrží elektronický certifikát s příslušným počtem kreditů, s platností pro země EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

Účast zdravotnických pracovníků v nelékařských profesích je hodnocena jako součást osobního vzdělávání a probíhá ve spolupráci s Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků (POUZP). Registrovaní účastníci obdrží elektronický certifikát o účasti na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

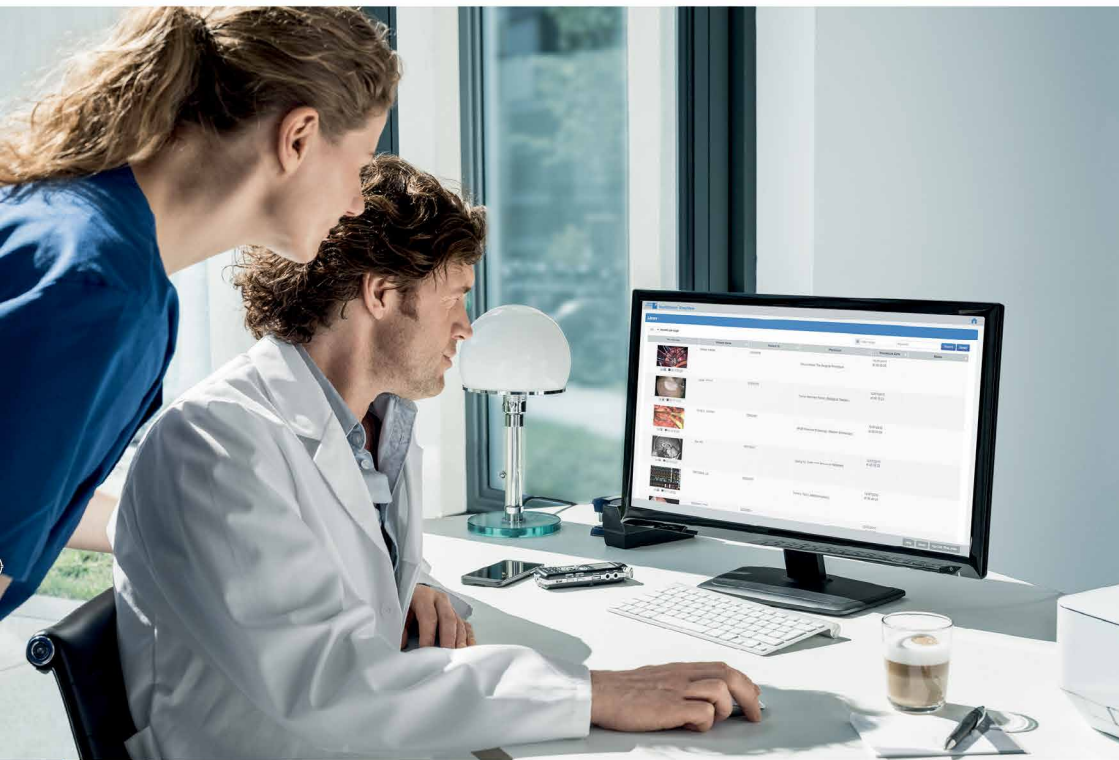
## **Doprovodný program:**

### **Společná večeře pořádaná Sekcí gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP**

Termín konání: pátek 15. října 2021, 19.30 hod., Clarion Congress hotel Olomouc, restaurace Benada, vstup na základě předložení zakoupené vstupenky.

Společná večeře Sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP není součástí programu sjezdu. Pro účast na společné večeři je nezbytné zakoupit si vstupenku předem v rámci registrace nebo na místě v registračním centru kongresu do 15. října 2021 12.00 hod. Počet vstupenek je limitován kapacitou společenských prostor v místě konání.

# OLYMPUS



## Secure, Intuitive, Anywhere

### Procedure Recording and Medical Content Management

For more information please visit

[www.olympus.eu/contentmanagement](https://www.olympus.eu/contentmanagement)

**OLYMPUS CZECH GROUP, S.R.O., ČLEN KONCERNU**

Evropská 176/16, 160 41 Praha 6, Czech Republic

Tel.: +420 221 985 111 | e-mail: [info@olympus.cz](mailto:info@olympus.cz) | [www.olympus.cz](http://www.olympus.cz)

## ODBORNÝ PROGRAM

### Čtvrtek 14. října

07:30 – 08:30 Registrace účastníků (foyer, přízemí)

#### 08:30 - 17:00 WORKSHOP HYSTEROSKOPIE

Místo: sál Plato-Seneca

Školitelé: D. Kužel, P. Kovář, L. Švabíková

08:30 – 09:30 **Hysteroskopie v gynekologické diagnostice a operační léčbě, indikace, kontraindikace, přístup do dutiny děložní, distenční média, instrumentarium, komplikace**  
David Kužel

09:30 – 09:45 **Resekční výkony v celkové anestézii / hysteroskopie v režimu operačního sálu**  
(anestézie, instrumentarium, technika)  
Lucie Švabíková

11:00 – 12:00 **„See and Treat“ hysteroskopie / hysteroskopie v ambulantním režimu**  
(anestézie, instrumentarium, technika, ekonomika)  
Petr Kovář

12:00 – 13:00 **Přestávka na oběd**  
(restaurace Benada)

13:00 – 17:00 **Výuka na trenažérech & diskuse**  
David Kužel, Lucie Švabíková, Petr Kovář

15:00 - 15:30 **Coffee break**

17:00 **Závěr workshopu**

18:00 – 20:00 **Jednání výboru Sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP**  
(salonek restaurace Benada, přízemí Clarion Congress Hotel Olomouc)

### Pátek 15. října

#### XXIX. KONFERENCE SEKCE GYNEKOLOGICKÉ ENDOSKOPIE ČGPS ČLS JEP 2021

**Hlavní téma: Česká endoskopie v kovidové éře**

08:00 – 18:30 Registrace (foyer, přízemí)

09:00 – 18:00 Doprovodná výstava firem (foyer, 1. poschodí)

#### PROGRAM SEKCE LÉKAŘŮ

08:30 - 08:40 prof. MUDr. Pilka R.: ZAHÁJENÍ KONGRESU

#### 08:40 - 14:30 PROGRAMOVÝ BLOK A

Předsedající: Drahoňovský J., Pilka R., Charvát M.

08:40 – 12:30 **Živý přenos: Úvod, UZ diagnostika, rozvaha k operaci, operace**  
Prof. Dr. Mario Malzoni,  
Avellino, Italy

10:00 – 10:30 **Coffee break (v rámci přenosu)**

12:30 – 14:00 **Přestávka na oběd**



14:00 – 14:30 **Prezentace firmy Gedeon Richter:**

**Zafrilla v dlouhodobé léčbě endometriosis**

Pilka R., FN Olomouc

15 min.

**Účinnost dienogestu v terapii klinických symptomů endometriózy rektovaginálního septa**

Hudeček R., Papíková Z., Sisková, I., Szypulová M.  
Gynekologicko-porodnická klinika LF MU Brno a FN Brno

15 min.

**14:30 - 16:20 PROGRAMOVÝ BLOK B**

**Předsedající:** Mára M., Hanáček J., Bielik T.

**1. COVID z pohledu anesteziologa**

Klementová O.  
FN Olomouc

20 min.

**2. Střevní komplikace operační léčby hluboké endometriózy**

Fanta M., Mára M. a kol.  
1. LF UK VFN, Praha

10 min.

**3. 1. chirurgie VFN, 1. lékařská fakulta „komplikace výkonu na střevě z pohledu chirurga a jejich řešení“**

Dytrych P.  
1. LF UK VFN, Praha

20 min.

**4. Komplikace urologické - uretrální léze, léze močového měchýře - diagnostika, rizikové faktory, řešení, následná péče**

Klézl P., Šonský J.  
3. LF UK, FNKV, Praha

20 min.

**5. Urologické komplikace při operacích nejen pro DIE**

Hanáček J., Drahoňovský J. a kol.  
ÚPMD, Praha

10 min.

**6. Nečekaný nález děložního sarkomu u pacientek podstupujících dělohu / fertilitu zachovávající výkon. Analýza vlastních výsledků z let 2002-2020 a srovnání s literaturou**

Mára M., Boudová B., Richtárová A., Dundr P., Lisá Z., Hlinceká K.  
1. LF UK VFN, Praha

10 min.

**7. ERAS - desať stupňov ku zlatej**

Kaščák P.  
Trenčín

10 min.

**8. Implementace ERAS**

Klát J.  
FN Ostrava

10 min.

**16.20 – 16.50 Coffee break**

**16:50 - 18:20 PROGRAMOVÝ BLOK C - VARIA**

**Předsedající:** Fanta M., Hudeček R., Kaščák P.

**1. Retrospektivní analýza prvních 300 robotických chirurgických stagingových výkonů u pacientek s karcinomem endometria**

Pilka R., Hambálek J., Maděra M., Jančková V., Dzvínčuk P., Marek R.  
FN Olomouc

10 min.

**2. Management pacientky s diagnózou EMV (enhanced myometrial vascularity) a závažnou gynekologickou polymorbiditou, kazuistika**

Richtárová A., Hlinceká K., Kocián R., Kaván J., Mára M.  
1. LF UK VFN, Praha

8 min.

**3. Laparoskopia při operaci cervikálního karcinomu so zachováním fertility**

Bielek T., Reháč M., Martinček V., Reháč J., Kulkovská T., Kováč S.  
Gynekologicko-porodnické oddelenie KNsP Čadca

8 min.

**4. Inovace v hysteroskopické chirurgii a jejich využití „v ambulantním režimu“**

Kovář P.  
Centra ambulantní hysteroskopie Havířov, Hlučín

8 min.

**5. Velký tumor ovaria v dětském věku, řešený laparoskopicky**

Vašíček M., Eim J., Gamcová V., Bajčiová V.  
Vyškov, FDN Brno

- 6. Hodnocení vzniku intrauterinních adhezí po revizi dutiny děložní pro abort mezi 12-24 týdnem gestace a možnost prevence vzniku adhezí za použití hyaluronové kyseliny. Prospektivní multicentrická randomizovaná studie** 8 min.  
Hanáček J., Mára M., Koliba P., Dolná Z., Richtárová A., Boudová B.  
ÚPMD, 1. LF UK VFN, FN Bulkovka
- 7. Limity laparoskopické resekce adenomyózy, souhrn operačních metod** 8 min.  
Hlínecká K., Richtárová A., Lisá Z., Fanta M., Mára M.  
1.LF UK, VFN, Praha
- 8. Robotická předná exenterácia v liečbe recidívy karcinómu krčka maternice (video-prezentácia prípadu)** 8 min.  
Hudec B., Dókuš K., Školka R.  
FN Banská Bystrica
- 9. Laparoskopické řešení vesiko-vaginální fistuly** 6 min.  
Němec M., Dibonová M.  
Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.
- 10. Bilaterální tubární gravidita - kazuistika** 6 min.  
Kovel A., Pondělíček L.  
Nemocnice Teplice
- 11. Migrace IUD do dutiny břišní - diagnostika a řešení** 6 min.  
Kabele P., Sehnal B.  
Gynekologicko - porodnická klinika FN Bulovka, Praha

**18:20 Závěr konference****19:30 Fórum endoskopie – diskusní večer a společná večeře pořádaná Sekcí gynekologické endoskopie ČGPs ČLS JEP pro registrované účastníky konference**

Fórum endoskopie není součástí programu konference, pro vstup na něj je nezbytné se prokázat vstupenkou.

**Pátek 15. října****PROGRAM SEKCE INSTRUMENTÁŘEK A PORODNÍCH ASISTENTEK**

Čas: 14:00 – 16:00

Místo: sál Plató/Seneca

- 1. Projekt ambulantní hysteroskopie prováděné v ambulanci v ČR - vyhodnocení 11 let existence - přehledová přednáška** 10 min.  
Haviřov, Hlučín
- 2. Nové přístupy k toporegionální anestézii (paracervikální a totální intrauterinní blokádě) při provádění dg., op. hysteroskopie a ablací endometria - zkušenosti Center ambulantní hysteroskopie** 10 min.  
Haviřov, Hlučín
- 3. Robotická pektopexie** 10 min.  
Skýpalová G.  
FN Olomouc
- 4. Možnosti využití shaveru na Porodnicko-gynekologické klinice FN** 10 min.  
Starostová J.  
FN Olomouc
- 5. Pokročilá bipolární koagulacev robotické chirurgii** 10 min.  
Koríteaková J.  
Čermáková, FN Olomouc
- 6. Instrumentace s 3D laparoskopickou technikou** 10 min.  
Znojmo
- 7. Myomektomie peri-operačně asistované intervenčním radiologem (kasuistiky)** 10 min.  
Šestáková R., Palová H.  
1. LF UK, VFN, Praha
- 8. Cytoredukční operace adenomyózy u pacientek plánující graviditu** 10 min.  
Palová H., Šestáková R.  
1. LF UK, VFN, Praha
- 9. Migrace IUD do dutiny břišní - diagnostika a řešení** 10 min.  
Lužáková R., Kabele P., Pojarová M., Koliba P., Sehnal B.  
Gynekologicko – porodnická klinika Nemocnice Na Bulovce, Praha

# Medtronic

**MORE ACCESS  
AND CLARITY  
FOR YOU.  
MORE  
COMFORT  
FOR YOUR  
PATIENTS.**



A complete portfolio  
for your hysteroscopic  
procedures



**TruClear™ Elite Hysteroscope Plus**  
(7.25 mm outer diameter)



**TruClear™ Elite Hysteroscope Mini**  
(6 mm outer diameter)



**TruClear™ 5C Hysteroscope**  
(5.1 mm outer diameter)



**TruClear™**  
Soft Tissue Shaver Mini



**TruClear™**  
Soft Tissue Shaver Plus



**TruClear™**  
Dense Tissue Shaver Mini



**TruClear™**  
Dense Tissue Shaver Plus

## The TruClear™ system delivers:

- Gentle resection
- Advanced fluid management
- A choice of pathology-optimized tissue removal devices



Ryeqo®

relugolix, estradiol, norethisteron

120 YEARS

GEDEON RICHTER



MORAVIA  
MEDIZINTECHNIK

**ODBORNÝ PROGRAM LÉKAŘI****PROGRAMOVÝ BLOK A****ÚČINNOST DIENOGESTU V TERAPII KLINICKÝCH SYMPTOMŮ ENDOMETRIÓZY REKTOVAGINÁLNÍHO SEPTA**

*Robert Hudeček, Z. Papíková, I. Sisková, M. Szypulová, Gynekologicko-porodnická klinika LF MU Brno a FN Brno, Brno ČR*

Cíl práce: Cílem práce bylo v rámci prospektivní, unicentrické, kohortové studie vyhodnotit efekt využití dienogestu v terapii symptomatické formy endometriózy rektovaginálního septa u pacientek ve fertilním věku.

Typ studie: Prospektivní, unicentrická, kohortová studie.

Název a sídlo pracoviště: Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno. Materiál a metodika: Prospektivní analýza souboru 32 pacientek reprodukčního věku s diagnostikovanou rektovaginální formou endometriózy, které byly léčeny konzervativně - dienogestem v dávce 2mg denně po dobu 24 týdnů. Pomocí dotazníků a klinického vyšetření jsme sledovali výskyt symptomů dyspareunie, difuzní pánevní bolest, hodnocení BB skóre a subjektivní vnímání celkové bolestivosti pomocí vizuální analogové škály bolesti. Hodnocení probíhalo na začátku terapie, po 4, 12 a 24 týdnech. Statistická analýza byla zaměřena na srovnání výskytu jednotlivých parametrů v průběhu terapie.

Výsledky: Kontinuální užívání dienogestu po dobu 24 týdnů ve sledovaném souboru pacientek s endometriózou rektovaginálního septa snižuje příznaky dyspareunie o 62 % ( $p < 0.001$ ), difuzní pánevní bolest o 44 % ( $p = 0.001$ ), průměrné BB skóre o 5,31 bodu a medián hodnoty VAS o 20 bodů ( $p < 0.001$ ). Závěr: Ve sledovaném souboru bylo prokázáno, že kontinuální terapeutický protokol s dienogestem v dávce 2mg denně po dobu 24 týdnů je efektivní léčbou klinických symptomů endometriózy rektovaginálního septa spojených s dyspareunií a difuzní pánevní bolestí u pacientek v reprodukčním věku. Klíčová slova endometrióza; rektovaginální septum; dyspareunie; pelvalgie; dienogest.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705)

**PROGRAMOVÝ BLOK B****KOMPLIKACE CHIRURGICKÉ LÉČBY HLUBOKÉ ENDOMETRIÓZY (DE) POSTIHUJÍCÍ STŘEVO**

*Michael Fanta, Petr Dytrych, J. Tesař, M. Mára, L. Libiřová, Kristýna Hlinecká, K. Adamcová, Gynekologicko-porodnická klinika a I. chirurgická klinika 1.LF UK a VFN, Praha*

Chirurgické výkony pro hlubokou endometriózu (DE- deep endometriosis) postihující tlusté střevo jsou spojeny s rizikem závažných komplikací, jako je rektovaginální píštěl, dehiscence a „leak“ z anastomózy střeva, stenóza anastomózy, postresekční (LARS) syndrom, poruchy vyprazdňování moče.

Naše sdělení přináší přehled rizikových faktorů, jejich prevalenci a hodnotí vlastní soubor operovaných pacientek, které prodělaly resekční výkon na tlustém střevě pro DE.

**UROLOGICKÉ KOMPLIKACE GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ**

*Petr Klézl, Urologická kliniky FN Královské Vinohrady a 3.LF UK Praha*

K urologickým poraněním dochází často při operacích v pánevní dutině. Neadekvátní diagnostika a léčba může vést k závažným komplikacím a vedlejším účinkům. Klinické rysy urologických komplikací se liší podle

typu porodnických a gynekologických operací.

Sdělení vychází z našich zkušeností, které jsme získali díky spolupráci se dvěma gynekologickými pracovišti v průběhu posledních 5 let. Rozdělení vychází z typu základního onemocnění, operačního přístupu a způsobu léčby urologického poranění. Nejčastějším urologickým poraněním při porodnických a gynekologických operacích bylo poranění močového měchýře, následované poraněním močovodu. Rozmanitost klinických obrazů, obtížnost diagnostiky a doba do úplného vyléčení byla mnohem větší u pacientů s poraněním močovodu. Pro lepší výsledky je důležitá adekvátní, včasná diagnostika a urologická intervence.

## UROLOGICKÉ KOMPLIKACE GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ

*Jiří Hanáček, J. Drahoňovský, K. Ivánková, Z. Marvanová, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha*

Urologické komplikace gynekologických operací jsou uváděny 0,5 -2% všech operací. Gynekologické operace jsou zodpovědně za více jak 50% všech urologických komplikací ve srovnání s chirurgií, cévními operacemi, ... Nejčastěji jsou popsány při radikálních operacích. Jejich výskyt je popsán také při abdominálních operacích ale i při endoskopických výkonech, především pro DIE a TLH. Jedná se o poškození močového měchýře a poškození ureterů. V konečném důsledku mohou vést k zánětu, sepsi a selhání ledviny. Poškození mohou být patrná během operace a jejich řešení je v tomto případě nejjednodušší, nebo a to je bohužel častější, jsou rozpoznány až sekundárně a reparace poškození je obtížnější.

Poranění močového měchýře můžeme dělit na přímé poškozením stěny nebo denervační poranění.

Poranění ureteru jsou popsána jako ligace, deviace se strikturou, lacerace, přestřížení a asi nejčastějším je termické poranění, které později vede k nekróze a rozpadu části ureteru. Nejčastějším místem poškození je oblast od křížení s a. uterina směrem k močovému měchýři. Dalším místem je přechod do malé pánve v místě pod lig infundibulopelvicum.

Rizikovými faktory jsou onkologická onemocnění, radiace, proběhlý zánět, masivní adheze při DIE, předchozí operace, výrazný tumor v malé pánve.

Rádi bychom prezentovali několik ukázek z operací s rizikovými nálezy a poškozením urologických orgánů.

## IMPLEMENTACE ERAS

*Jaroslav Klát, Gynekologicko-porodnická klinika FN a LF Ostrava*

ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) protokol je program perioperační péče založený na medicíně založené na důkazech (evidence-based medicine). Doporučené postupy se skládají z jednotlivých kroků předoperační, perioperační a pooperační péče. Implementace ERAS protokolu vede k poklesu komplikací až o 40 % a ke zkrácení délky hospitalizace až o 30 %, a tím k celkovému snížení nákladů bez nárůstu počtu rehospitalizací. Stejně je multioborová spolupráce nejenom s anesteziology a konzultujícími chirurgy, ale i s nutričními specialisty a především se středním zdravotním personálem. Sdělení poukazuje na úskalí při zavádění jednotlivých kroků ERAS protokolu v klinické praxi.

## PROGRAMOVÝ BLOK C

### ROBOTICKÝ STAGING KARCINOMU ENDOMETRIA: RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA VÝKONŮ ZA 10-LETÉ OBDOBÍ

*Radova Pilka, J. Hambálek, M. Maděrka, V. Jančková, P. Dzvinčuk, R. Marek, Porodnicko Gynekologická klinika, FN a LF UP Olomouc*

Úvod: Cílem tohoto sdělení je prezentace zkušeností z onkogynekologického centra v Olomouci s využitím roboticky asistované laparoskopie při chirurgické stagingu pacientek s karcinomem endometria.

Materiál a metodika: V období od září 2009 do března 2020 bylo na Porodnicko gynekologické klinice FN Olomouc provedeno 312 stagingových operací u pacientek s karcinomem endometria pomocí robotem asistované laparoskopické chirurgie. Pomocí retrospektivní studie jsme analyzovali výsledky těchto výkonů provedených na robotických systémech daVinci S a daVinci Xi. Všechny zákroky byly provedeny třemi chirurgy. Výsledky: Průměrný věk pacientek byl 64,8 (33-88) let a BMI 31,5 (15-64). ASA skóre bylo I-II u 259 pacientek, 51 pacientek bylo operováno s ASA skóre III a u jedné operované pacientky bylo ASA IV. U 95% pacientek se histopatologicky jednalo o adenokarcinom endometria. Světlobuněčný karcinom se vyskytoval u 5 pacientek, serosně papilární karcinom u 4. Průměrná délka operace byla 254 (100-495) minut a průměrná krevní ztráta 150 (10-1000) ml. Ve 104 případech byla provedena pánevní systematická lymfadenektomie, a ve 198 případech systematická pánevní a paraaortální lymfadenektomie. Průměrně bylo získáno 19 (0-61) uzlin pánevních a 7 (0-28) uzlin paraaortálních. U 27 (8,36%) pacientek byla zjištěna přítomnost metastáz v lymfatických uzlinách. Ke konverzi bylo nutné přistoupit ve 4 případech (1,3%).

Závěr: Robotem asistovaná laparoskopie je bezpečnou a účinnou alternativou k tradičním přístupům při stagingu karcinomu endometria.

### **MANAGEMENT VASKULARIZOVANÉ LÉZE DĚLOŽNÍ SVALOVINY (ENHANCED MYOMETRIAL VASCULARITY - EMV) U PACIENTKY SE ZÁVAŽNOU GYNEKOLOGICKOU POLYMORBIDITOU, KAZUISTIKA**

*Adéla Richtárová, K. Hlínecká, R. Kocián, J. Kaván, M. Mára, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Enhanced myometrial vascularity (EMV), je diagnóza charakteristická bohatou intramyometrální cévní sítí s turbulentním prouděním. Při ultrasonografickém vyšetření tak napodobuje obraz vrozené arteriovenosní malformace. Anamnesticky je často spojována s proběhlým prvo-trimestrálním abortem. Vzhledem k vysoké vaskularitě této léze mohou být pacientky s EMV v krajním případě ohroženy rozvojem profuzního život ohrožujícího krvácení s rizikem nutnosti provedení akutní hysterektomie. Incidence této diagnózy je velmi nízká a její management se na různých pracovištích liší. V naší práci představujeme kasuistiku pacientky z programu asistované reprodukce, kde se na úspěšném, fertilitu zachovávajícím zvládnutí této situace podílela kombinace zákroků z oblasti intervenční radiologie a gynekologické endoskopie.

### **LAPAROSKOPIA PRI OPERÁCIÁCH CERVIKÁLNEHO KARCINÓMU SO ZACHOVANÍM FERTILITY**

*Tibor Bielik, M. Reháč, V. Martinček, J. Reháč, T. Kulkovská, S. Kováč, Gynekologicko-pôrodnické oddelenie KNŠP Čadca, Slovenská republika*

Presné stážovanie pacientok s cervikálnym karcinómom je rozhodujúce pre plánovanie vhodného terapeutického postupu. Klasifikácia FIGO 2018 delí štádium IB na podskupiny IB1 – IB2 – IB3 v závislosti od veľkosti tumoru. Štandardný chirurgický výkon pre toto štádium je radikálna hysterektómia typ C a pelvická lymfadenektómia. Výkon vedie k strate fertility. Požiadavka na zachovanie fertility vychádza zo skutočnosti, že okolo 40% žien s cervikálnym karcinómom sú vo veku 20 – 44 rokov a z toho 46% karcinómov je potvrdených iba v cervixe.

V súčasnosti používané fertilitu zachovávajúce výkony vo včasnom štádiu IB2 - IIA sú: konizácia, simplexná trachelektómia, minimálne invazívna radikálna trachelektómia (laparoskopická, roboticky asistovaná) a abdominálna radikálna trachelektómia. Výber výkonu závisí od viacerých prognostických a chirurgických faktorov. Literatúra hodnotí prístupy onkologického a perinatologického hľadiska.

Prvým rozhodujúcim krokom od čias Dargentovej radikálnej vaginálnej trachelektómie je pre indikáciu fertilitu zachovávajúceho výkonu stav pelvických lymfatických uzlín. Laparoskopická panvová lymfadenektómia s eventúalnym mapovaním sentinelových lymfatických uzlín má veľký prínos k minimalizácii morbidít výkonu.

Lymfadenektómii je možné realizovať ako súčasť fertilitu zachovávajúceho výkonu, alebo v indikovaných situáciách ju realizovať ako dvojkrokový prístup: laparoskopická lymfadenektómia s definitívnym ultrastagingom a následne výkon na krčku.

So stúpajúcou zručnosťou endoskopických operátorov sa do popredia dostávajú techniky: laparoskopicky asistovaná vaginálna radikálna trachelektómia, laparoskopická radikálna trachelektómia a roboticky asistovaná radikálna trachelektómia.

Vprednáške predkladáme naše skúsenosti s laparoskopickým hodnotením stavu panvových lymfatických uzlín, v manažmente štádia IB1 s následnou laparoskopicky asistovanou vaginálnou radikálnou trachelektómiou. Predstavujeme význam laparoskopie pri manažmente štádia IB2 FIGO 2018 s neoadjuvantnou chemoterapiou a následnou abdominálnou radikálnou trachelektómiou. V teoretickej podobe diskutujem úlohu laparoskopie pri protekcii reprodukčného potenciálu maternice pred adjuvantnou rádioterapiou – laparoskopická transpozícia maternice.

## **OPERAČNÍ ŘEŠENÍ OBJEMNÉHO TUMORU OVARIA U MLADÉ DÍVKY, HAND-ASSISTED LAPAROSCOPIC SURGERY**

*Martin Vašíček, J. B. Eim, V. Gamcová, V. Bajčiová, Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace, Klinika dětské onkologie, FN Brno*

Kazuistika: Predstavujeme vám kazuistiku 19 leté dívky přijaté na gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Vyškov pro objemný tumor pravého ovaria. Vzhledem k ultrazvukovému obrazu a laboratorní elevaci LDH a hCG bylo vysloveno podezření na dysgerminom. Po konzultaci s MUDr. Bajčiovou zabývající se problematikou germinálních nádorů ovarií byla doplněna stagingová vyšetření s negativním nálezem a naplánováno operační řešení. Započato diagnostickou laparoskopií s nálezem hladkostěnného tumoru pravého ovaria bez známek diseminace. Kvůli velikosti tumoru a potřebě palpce lymfatických uzlín a orgánů dutiny břišní, byla provedena konverse na HAL – hand assisted laparoskopie. Tumor byl úspěšně odstraněn v endobagu bez diseminace v dutině břišní. Histologický nález potvrdil dg. čísteho dysgerminomu stádia IA. Dívka byla následně předána do péče MUDr. Bajčiové. S ohledem k infiltraci pouzdra tumoru (ale bez prorůstání přes něj) a vysoké proliferáční aktivitě bylo rozhodnuto o adjuvantní chemoterapii třemi cykly BEP. Aktuálně je pacientka v kompletní remisi.

Závěr: Z našeho pohledu může být rukou asistovaná laparoskopie v určitých případech elegantním řešením složitých gynekologických nálezů a méně invazivní modalitou než klasická laparotomie při zachování bezpečných principů laparotomické operativy.

## **HODNOCENÍ VZNIKU INTRAUTERINNÍCH ADHEZÍ PO REVIZI DUTINY DĚLOŽNÍ PRO ABORT MEZI 12-24 TÝDNEM GESTACE A MOŽNOST PREVENCE VZNIKU ADHEZÍ ZA POUŽITÍ HYALURONOVÉ KYSELINY. PROSPEKTIVNÍ MULTICENTRICKÁ RANDOMIZOVANÁ STUDIE**

*Jiří Hanáček, M. Mára, P. Koliba, Z. Dolná, A. Richtárová, B. Boudová, Ústav pro péči o matku a dítě, 1 LF UK VFN, Fakultní nemocnice Bulovka*

Ve své práci se zaměřujeme zjištění míry vzniku intrauterinních adhezí a jejich možnou prevenci intrauterinní aplikací hyaluronové kyseliny u pacientek, kde proběhl abort mezi 12 a 24 týdnem gestace a bylo potřeba provést revizi dutiny děložní. Incidence těchto adhezí se pohybuje až okolo 20 %. S vyšším týdnem gestace je výskyt adhezí častější. Jedná se o randomizovanou multicentrickou prospektivní studii.

Pacientky po podpisu IS se studii, jsou rozděleny do 2 skupin. Pacientkám z první skupiny po revizi dutiny děložní je aplikován nitroděložně hyalobarier gel, druhá skupina je bez gelu. Za 3 měsíce provádíme UZ hydrosonografi a hysteroskopii, kde hodnotíme přítomnost a rozsah adhezí a případné adheze rozrušíme. Zároveň s pacientkami vyplňujeme dotazník ohledně anamnézy, způsobu gravidity, druhu potratu, změn v charakteru v menstruaci. Rádi bychom prezentovali předběžná data z prvních 6 měsíců průběhu studie.



## **HODNOCENÍ VZNIKU INTRAUTERINNÍCH ADHEZÍ PO REVIZI DUTINY DĚLOŽNÍ PRO ABORT MEZI 12-24 TÝDNEM GESTACE A MOŽNOST PREVENCE VZNIKU ADHEZÍ ZA POUŽITÍ HYALURONOVÉ KYSELINY. PROSPEKTIVNÍ MULTICENTRICKÁ RANDOMIZOVANÁ STUDIE**

*Jiří Hanáček, M. Mára, P. Koliba, Z. Dolná, A. Richtárová, B. Boudová, Ústav pro péči o matku a dítě, 1 LF UK VFN, Fakultní nemocnice Bulovka*

Ve své práci se zaměřujeme zjištění míry vzniku intrauterinních adhezí a jejich možnou prevenci intrauterinní aplikací hyaluronové kyseliny u pacientek, kde proběhl abort mezi 12 a 24 týdnem gestace a bylo potřeba provést revizi dutiny děložní. Incidence těchto adhezí se pohybuje až okolo 20 %. S vyšším týdnem gestace je výskyt adhezí častější. Jedná se o randomizovanou multicentrickou prospektivní studii.

Pacientky po podpisu IS se studii, jsou rozděleny do 2 skupin. Pacientkám z první skupiny po revizi dutiny děložní je aplikován nitroděložně hyalobarier gel, druhá skupina je bez gelu. Za 3 měsíce provádíme UZ hydrosonografi a hysteroskopii, kde hodnotíme přítomnost a rozsah adhezí a případné adheze rozrušíme. Zároveň s pacientkami vyplňujeme dotazník ohledně anamnézy, způsobu gravidity, druhu potratu, změn v charakteru v menstruaci. Rádi bychom prezentovali předběžná data z prvních 6 měsíců průběhu studie.

## **LIMITY LAPAROSKOPICKÉ RESEKCE ADENOMYÓZY, SOUHRN OPERAČNÍCH METOD LIMITATIONS OF LAPAROSCOPICALLY PERFORMED CYTOREDUCTIVE RESECTION OF ADENOMYOSIS, COMPARISON OF SURGICAL APPROACHES**

*Kristýna Hlinecká, A. Richtárová, Z. Lisá, M. Fanta, M. Mára, Hospital and 1st Medical Faculty of Charles University, Apolinarska 18, Prague 2, 128 00, The Czech Republic*

Adenomyosis treatment primarily depends on the severity of symptoms and the reproductive circumstances. Some patients, especially women of reproductive age with severe symptoms that are non-responsive to pharmacotherapy and with failure of infertility treatment, may be candidates for laparoscopic or open adenomyomectomy. The most radical alternative for such procedure, the Osada method, involves radical excision of the adenomyosis with the intended opening of uterine cavity and subsequent reconstruction of the uterine wall. Adenomyomectomy is still surgically challenging because of the tight boundaries between the healthy myometrium and adenomyotic tissue and the difficulties with suturing since the dead space at the operation site needs to be eliminated. Elective open surgery in the most severe cases of diffuse adenomyosis seems to be safer and more appropriate than laparoscopy. It is probably due to the better control over the extent of resection, as well as the easier way of reconstruction by the surgeon's dexterity. The myometrial defect is closed using the triple-flap method. Another cytorreductive procedure for adenomyosis is the double-flap method, which uses a serosal side flap for the reconstruction of the uterine wall. The newly described method, published in 2020, used for performing laparoscopic adenomyomectomy in a patient with focal-type adenomyosis, is called the four-petal method. The definitive radical solutions (laparoscopic, vaginal or abdominal hysterectomy) should be reserved for women showing failure of conservative therapy and/or willingness to forgo fertility.

## **ROBOTICKÁ PREDNÁ EXENTERÁCIA V LIEČBE RECIDÍVY KARCINÓMU KRČKA MATERNICE (VIDEO-PREZENTÁCIA PRÍPADU)**

*Boris Hudec, K. Dókuš, R. Školka, II. GPK SZU a FNŠP F.D. Roosevelta, Banská Bystrica, Slovenská republika*

Úvod: Exenterácia patrí medzi najrozsiahlejšie výkony v onkogynekológii. Prvýkrát prezentovaná v Brunšwigom v roku 1948 (1). Primárne indikovaná v liečbe lokalizovaných recidív karcinómu krčka maternice, endometria, vulvy a to po vyčerpaní ostatných modalít. Výkony rozdeľujeme podľa vzťahu ku panvovému dnu na infra

a supralevátorové. Rozoznávame prednú, zadnú a totálnu exenteráciu na základe extirpácie vnútorného genitálu a močového systému, respektíve rekta. Výkon je doplnený o pelvickú lymfadenektómiu. (2). Operačná mortalita sa pohybuje v rozmedzí 3-5%, miera závažných perioperačných komplikácií 30-44% a 5-ročné prežívanie na úrovni 20-50% (3).

Kazuistika: V našom prípade sme liečili 65-ročnú pacientku s anamnézou rakoviny krčka maternice. V roku 2013 jej bola vykonaná radikálna hysterektómia s bilaterálnou adnexektómiou a pelvickou lymfadenektómiou. Na základe histológie pT2b, pN1, pMx bola liečba doplnená o chemo-rádioterapiu. V roku 2018 v rámci follow-up diagnostikovaná recidíva procesu s prerastaním do močového mechúra. Zahájená adjuvantná chemoterapia. V PET/CT obraze bola zachytená progresia avidného lokalizovaného ložiska v malej panve napriek terapii. Nález bez vzdialených metastáz, bez postihnutia lymfatických uzlín. Na základe konzultácie klinickým onkológom bolo odporučené vykonanie prednej exenterácie ako kurabilného zákroku. Pacientka odoslaná na naše pracovisko, kde bolo po multidisciplinárnom konzíliu rozhodnuté o vykonaní robotickej prednej supralevátorovej exenterácii s inkontinentou deriváciou moča vytvorením ureteroileostómie. Operácia prebehla bez komplikácií – videoprezentácia. V skorom pooperačnom priebehu diagnostikovaný paralytický ileus zvládnutý bez nutnosti operačnej intervencie. Moč derivovaný bez ťažkostí. Pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti s následným follow-up.

Záver: Exenteračné výkony patria medzi náročné operácie s prísnyimi indikačnými kritériami. Využitím nových technológií a robotických systémov je možné vykonanie aj týchto typov operácií s výhodami miniinvazívnej chirurgie (4).

1. Brunschwig A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma. A one-stage abdominoperineal operation with end colostomy and bilateral ureteral implantation into the colon above the colostomy. *Cancer*. 1948;1(2):177-183. doi:10.1002/1097-0142(194807)

2. Cibula D. Exenterace pánve. *Moderní gynekologie a porodnictví* 15. 2006;2(2):238-243.

3. Ramamurthy R, Durairandian A. Morbidity and Outcome of Pelvic Exenteration in Locally Advanced Pelvic Malignancies. *Indian J Surg Oncol*. 2012;3(3):231-235. doi:10.1007/s13193-012-0129-3

4. Nguyen Xuan HT, Myriam D, Charlotte N, a kol. Pelvic exenteration by robotically-assisted laparoscopy: A feasibility series of 6 cases. *Gynecol Oncol Reports*. 2018;25:56-59

## LAPAROSKOPICKÉ ŘEŠENÍ VESIKO-VAGINÁLNÍ FISTULY

*Martin Němec, M. Dibonová, Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.*

Kazuistika: 46letá pacientka po abdominální hysterektomii pro myomatózu v roce 2018 přichází na naše pracoviště 11/2019 k řešení vesikovaginální fistuly. Výskyt fistuly byl 6 týdnů po provedené operaci. V akutní fázi proveden neúspěšný pokus o laparotomickou rekonstrukci. Následně v roce 2019 pokus o odloženou vaginální rekonstrukci vložním acelulární matrix. Videoprezentace ukazuje kompletní postup v řešení fistuly s následným doporučením, kdy je vhodné tyto komplikace řešit.

## BILATERÁLNÍ TUBÁRNÍ GRAVIDITA – KAZUISTIKA

*Anatolii Kovel, L. Pondělíček, KZ, a.s. - Nemocnice Teplice, o.z., Teplice, Česká republika*

Bilaterální tubární gravidita se vyskytuje velmi vzácně, pouze asi 1‰ všech ektopických gravidit.

Diagnostika mimoděložního těhotenství může být někdy složitá, v případě bilaterální tubární gravidity o to složitější, vzhledem k její velmi nízké incidenci. Těž perioperační nález může být nejednoznačný.

V této kazuistice je popsán případ ektopické gravidity s implantací embryí v obou vejcovodech současně nebo s relativně malým časovým odstupem (při předpokládané superfetaci).

U 30leté pacientky byl pomocí ultrazvukové diagnostiky zjištěn patologický útvar v oblasti pravých adnex, který byl potvrzen při laparoskopické revizi nálezem zvětšeného pravého vejcovodu modrofialové barvy s patrnou rupturou a krvácením. Rozpaky operátora způsobil vzhled levého vejcovodu, který byl mírně

ztluštělý, prakticky normální barvy. Levý vejcovod byl samozřejmě ponechán vzhledem k absenci souhlasu pacientky s odstraněním obou vejcovodů a úvaze nad tím, že ektopická gravidita i na druhém vejcovodu je nepravděpodobná. Po operaci rozptýlil všechny pochybnosti rychlý pokles hCG. Návrat k další diagnostice byl více než za týden, kdy se znovu objevily bolesti a zjištěna stagnace hCG na relativně nízké úrovni ve srovnání s předoperační. Byla neprodleně provedena druhá laparoskopie s nálezem prokrváceného levého vejcovodu s rupturou a tudíž provedena levostranná salpingektomie. Těhotenství v obou vejcovodech byla potvrzena histologicky.

Závěr: Dle statistických údajů ke stavu s vývojem bilaterální tubární gravidity může dojít v České republice jednou za několik let. V podobných situacích by mohl zjednodušit rozhodování operátora souhlas pacientky

se zákrokem na obou adnexech. Při nesouhlasu či absenci souhlasu potom v případě jakýchkoliv pochybností vhodné pooperační sledování hCG až do negativity.

## MIGRACE IUD DO DUTINY BŘÍŠNÍ - DIAGNOSTIKA A ŘEŠENÍ

*Pavel Kabele, B. Sehnal, Gynekologicko – porodnická klinika FN Bulovka, Praha*

Nitroděložní tělísko (IUD) je masivně využíváno od 60. let minulého století. Díky nízkým pořizovacím nákladům, vysoké účinnosti a malému riziku potenciálních komplikací se stalo celosvětově oblíbenou metodou antikoncepce. Mezi nejčastěji komplikace patří spontánní expulze, bolest po inserci, pánevní zánětlivá nemoc, nepravidelné vaginální krvácení, poranění dělohy při zavádění a také možnost migrace IUD do dutiny břišní. Incidence migrace se udává kolem 1 případu na 2000 zavedení. Migrace IUD do peritoneální dutiny může nastat prakticky kdykoliv, i několik let po zavedení. Přesný mechanismus migrace tělíska není známý. Jako rizikové faktory se uvádí zvětšená děloha, osová deviace dělohy, zavedení IUD krátce po porodu, anamnéza operace na děloze, vývojové vady dělohy. Přednáška zahrnuje 2 kazuistiky migrace IUD do dutiny břišní. První pacientka s anamnézou dvou císařských řezů měla migraci IUD do oblasti pánve. U druhé pacientky bez anamnézy operace na děloze byla zjištěna migrace IUD mimo pánev do omenta. V obou případech byly pacientky zcela asymptomatické a podezření na migraci bylo vysloveno při běžné kontrole. Přednáška obsahuje videoukázky obou kazuistik.

## PROGRAM SEKCE INSTRUMENTÁŘEK A PORODNÍCH ASISTENTEK

### CYTOREDUKČNÍ OPERACE ADENOMYÓZY U PACIENTEK PLÁNUJÍCÍCH GRAVIDITU

*Hana Palová, VFN v Praze, Praha*

Adenomyóza je benigní onemocnění vyznačující se abnormálním děložním krvácením, dysmenoreou či chronickou pánevní bolestí, a proto může mít značný negativní dopad na kvalitu života žen a jejich plodnost. Léčba adenomyózy závisí na reprodukčním plánu a klinických projevech pacientky, neúčinnější terapií představuje hysterektomie. U žen plánujících graviditu je kromě medikamentózní léčby možná i konzervativní chirurgická léčba zachovávající dělohu, a sice cytoredukční výkony s úplnou nebo částečnou excizí ložisek adenomyózy, elektrokoagulační výkony, ligace uterinních cév nebo endometriální ablace či resekce. Nejčastějšími excizními výkony jsou adenomyomektomie a myomektomie.

## MIGRACE IUD DO DUTINY BŘÍŠNÍ - DIAGNOSTIKA A ŘEŠENÍ

*Radka Lužáková, P. Kabele, M. Pojarová, P. Koliba, B. Sehnal, Gynekologicko – porodnická klinika Nemocnice Na Bulovce, Praha*

Nitroděložní tělíčko (IUD) je masivně využíváno od 60. let minulého století. Díky nízkým pořizovacím nákladům, vysoké účinnosti a malému riziku potenciálních komplikací se stalo celosvětově oblíbenou metodou antikoncepce. Mezi nejčastěji komplikace patří spontánní expulze, bolest po inserci, pánevní zánětlivá nemoc, nepravidelné vaginální krvácení, poranění dělohy při zavádění a také možnost migrace IUD do dutiny břišní. Incidence migrace se udává kolem 1 případu na 2000 zavedení. Migrace IUD do peritoneální dutiny může nastat prakticky kdykoliv, i několik let po zavedení. Přesný mechanismus migrace tělíška není známý. Jako rizikové faktory se uvádí zvětšená děloha, osová deviace dělohy, zavedení IUD krátce po porodu, anamnéza operace na děloze, vývojové vady dělohy.

Přednáška zahrnuje 2 kazuistiky migrace IUD do dutiny břišní. První pacientka s anamnézou dvou císařských řezů měla migraci IUD do oblasti pánve. U druhé pacientka bez anamnézy operace na děloze byla zjištěna migrace IUD mimo pánev do omenta. V obou případech byly pacientky zcela asymptomatické a podezření na migraci bylo vysloveno při běžné kontrole. Přednáška obsahuje videoukázky obou kazuistik.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

# XXX. KONFERENCE SEKCE GYNEKOLOGICKÉ ENDOSKOPIE ČGPS ČLS JEP 2022 SE ZAHRANIČNÍ ÚČASTÍ

---

3. – 5. listopadu 2022

Clarion Congress Hotel Olomouc

Olomouc, Jeremenkova 36

