

XXIV.

konference

Sekce gynekologické endoskopie
ČGPS ČLS JEP 2015

se zahraniční účastí

PROGRAMOVÝ SBORNÍK



30. – 31. října | Olomouc
www.laparoskop.cz/sge2015

ISBN 978-80-260-8631-4



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

Zkrácená informace o zdravotnickém prostředku Hyalobarrier gel® je sterilní a vysoce viskózní gel, který se získává kondenzací kyseliny hyaluronové, jedné z hlavních složek lidské pojivové tkáně a epitelálních a mezoteliálních tkání. Je složen ze 100% čisté hyaluronové kyseliny, bez příměsí jakýchkoliv cizorodých látek. Díky své viskozitě je schopen vynikajícím způsobem přilnout ke tkáňovému povrchu a k břišní stěně. 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 (hysteroskopii) a při císařských řezech. **Hyalobarrier gel® endo** je indikován k použití u endoskopických výkonů (laparoskopie). **Uchování:** nutno uchovávat v chladničce při teplotě 2 – 8°C. Nesmí zmraznout! **Výrobce:** ANIKA THERAPEUTICS S.r.l., Via Ponte della Fabbrica 3/B – 35031 Abano Terme (PD) – ITÁLIE

NORDIC
PHARMA

www.srusty.cz



Prevence a řešení srůstů



Aesculap® EinsteinVision® 2.0

NOVÁ
GENERACE

Ještě chytřejší a komfortnější 3D laparoskop

- Unikátní systém bez potřeby sterilizace
- Kompaktní systém laparoskopu a kamerové hlavy
- Výrazně menší a lehčí kamerová hlava
- Otáčení obrazu pro lepší orientaci v operačním poli
- Možnost použití bez robotického ramene

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical s.r.o. | Divize Aesculap | V Parku 2335/20 | CZ-148 00 Praha 4 | www.bbraun.cz

Aesculap je registrovaná obchodní značka Skupiny B. Braun

Slovo výboru Sekce gynekologické endoskopie...

Vážené kolegyně a kolegové, vážení hosté.

Výbor Sekce gynekologické endoskopie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP Vás co nejsrdečněji vítá na XXIV. 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 diskusi.

Zvláště chceme poděkovat partnerům konference a všem zúčastněným firmám za jejich všestrannou podporu. Velmi si jí vážíme a chceme, aby i pro ně byla konference 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

doc. MUDr. Michal Mára, CSc.,
předseda Sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP,
předseda organizačního výboru konference

As. MUDr. Martin Charvát,
vědecký sekretář a koordinátor odborného programu

Partneři konference

Organizační výbor konference vyjadřuje uznání za významnou podporu firmám:

Olympus Czech Group, generálnímu partnerovi konference a výhradnímu partnerovi Workshopu hysteroskopie v rámci konference

B. Braun Medical, partnerovi konference

NORDIC Pharma, partnerovi konference

RADIX CZ, partnerovi konference

Dahlhausen CZ, mediálnímu partnerovi konference

OLYMPUS

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

NORDIC
PHARMA

RADIX

DAHLHAUSEN CZ
... intenzivní péče

Naše poděkování patří všem dalším firmám, které se konference účastní jako vystavovatelé:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------|---|
| 1. Angelini Pharma Česká republika | 9. Medin | 17. RQL |
| 2. B. Braun Medical | 10. MeWadia | 18. Takeda Pharmaceuticals |
| 3. Covidien ECE | 11. Nat Pharma | 19. TechMed |
| 4. Dahlhausen CZ | 12. NORDIC Pharma | 20. Teva Pharmaceuticals CR |
| 5. Enus Medical | 13. Olympus Czech Group | 21. Venama |
| 6. Hospimed | 14. Pojišťovna VZP | 22. Výroba a opravy lékařských nástrojů |
| 7. Kelling Inventive | 15. Radix CZ | |
| 8. Jana Jokešová, Mary Kay | 16. Rous Surgical | |

Informace ke konferenci

Místo konání

Workshop hysteroskopie – kongresový sál Madrid I, 1. poschodí, NH Collection Olomouc Congress

Sekce lékařů – kongresový sál Evropa I, II, 1. poschodí, NH Collection Olomouc Congress

Sekce instrumentárek a porodních asistentek – kongresový sál Madrid I, 1. poschodí, NH Collection Olomouc Congress

Organizační výbor konference

Michal Mára, předseda organizačního výboru, předseda konference

Radovan Pilka, místopředseda organizačního výboru

Martin Charvát, vědecký sekretář a koordinátor odborného programu

Zdeněk Adamík

Josef Eim

Ladislav Hanousek

Eduard Kučera

David Kužel

Zdeněk Novotný

Pozvání zahraniční přednášející

Jon Ivar Einarsson MD, MPH

Director of Minimally Invasive Gynecologic Surgery, Brigham and Women's Hospital, Boston, USA

Associate Professor of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, Harvard Medical School, USA

Doc. MUDr. Tibor Bielik, PhD.

Gynekologicko-porodnická klinika FN s P. F. D. Roosevelta, Banská Bystrica, Slovenská republika

Organizační pokyny a pravidla

Registrační centrum konference

Najdete ho ve foyer v 1. poschodí NH Collection Olomouc Congress. Po provedení kontroly registračních údajů zde obdržíte **registrační průkaz**, konferenční tašku s Programovým sborníkem s abstrakty a ostatními materiály ke konferenci.

Registrační průkaz Vám umožňuje: Vstup na odborný program konference

Vstup na doprovodnou výstavu firem

Občerstvení s kávou v přestávkách odborného programu

Žádáme Vás, abyste registrační průkaz nosili v rámci kongresu vždy u sebe a na požádání organizátora jej předložili ke kontrole.

Vstup na odborný program konference, doprovodnou výstavu a občerstvení s kávou je možný pouze s registračním průkazem.

V registračním centru si jako registrovaný účastník konference (pokud jste nevyužili on-line nabídky) můžete:

- V limitovaném množství porcí koupit konferenční oběd na 30., a 31. října.
- V limitovaném množství koupit vstupenku na společenskou večeři s programem, pořádanou 30. října Sekcí gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP pro registrované účastníky konference. Společenská večeře není součástí programu konference a koná se mimo konferenční program.

Certifikáty o účasti na konferenci si registrovaní lékaři, instrumentářky a porodní asistentky budou moci vyzvednout v registračním centru 31. října od 11 hodin (pro jednodenní účast 30. října od 17.00 hodin).

V registračním centru můžete průběžně řešit všechny náležitosti týkající se účasti na konferenci, objednaného ubytování, plateb, vyúčtování apod. Obdržíte zde všechny nezbytné a aktuální informace k programu konference.

Provoz registračního centra

Čtvrtek, 29. října 17.00 – 21.00

Pátek, 30. října 07.30 – 19.00

Sobota, 31. října 07.30 – 12.30

Jednací jazyk

Jednacím jazykem konference je čeština, slovenština a angličtina bez tlumočení.

Organizace odborného programu, technické vybavení a možnosti

Jste-li předsedající:

Musíte se řídit časovým rozvrhem programu. V konferenčním sále musíte být minimálně 15 minut před začátkem přednáškové sekce. Konferenční sál musíte uvolnit pro následující sekci v čase přesně stanoveném časovým rozvrhem programu.

Jste-li diskutující:

Čas vymezený v rozvrhu programu jednotlivým prezentacím (přednáškám) zahrnuje diskusi.

Jste-li přednášející:

Musíte se dostavit do konferenčního sálu (pracoviště obsluhy prezentací, odpovědný zástupce Congress Prague: Roman Bolek) nejpozději 20 minut před začátkem Vaší prezentace, kde odevzdáte svoji prezentaci obsluze k přípravě projekce. V konferenčním sále není možné pro prezentaci používat vlastní notebook.

Forma prezentace, technika pro prezentaci:

Přijímány jsou **pouze PC prezentace**. Prezentace předávejte obsluze buď na CD/DVD nebo USB. Jiné nosiče nebudou akceptovány. Speciální požadavky bylo možné uplatnit v dostatečném předstihu před konferencí u organizátora konference.

Organizátor konference zajišťuje vlastní audiovizuální a PC techniku a obsluhu, včetně zajištění 2D živých přenosů 31. října, ve spolupráci s firmou Gatemala, v plném rozsahu pro všechny prezentace přihlášených účastníků.

Doprovodná výstava firem

Doprovodná výstava firem je situována v prostorách foyer v 1. poschodí NH Collection Olomouc Congress.

Pořadatelé konference zvou účastníky k návštěvě a prohlídce všech expozic vystavujících firem.

Občerstvení na konferenci

Občerstvení s kávou je podáváno v průběhu programových přestávek v prostoru doprovodné výstavy.

Konferenční společenská večeře s programem

Je pořádána Sekcí gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP pro registrované účastníky konference, koná se v prostorách Galerie a Coffee Restaurantu Caesar (Horní náměstí, Olomouc) večer 31. října od 19.30 do 23.30 hodin. Pro vstup na společenskou večeři je nezbytné se prokázat vstupenkou.

Cena vstupenky:

- 500 Kč pro registrované lékaře, instrumentářky a porodní asistentky
- 700 Kč pro reprezentanty firem a ostatní zájemce

Počet míst na společenskou večeři je limitován, vstupenky bylo možné si koupit on-line, v limitovaném počtu se budou prodávat v registraci do vyčerpání míst.

Program

- stylové občerstvení připravené gastronomickým servisem Galerie a Coffee Restaurant Caesar, nápojový buffet po celý večer
- hudební program – David Wiljo Kangas (k poslechu a především k tanci)
- degustace vín Chateau Lednice s doprovodným výkladem vinařů

Organizátor konference

Congress Prague, s.r.o., Nad Obcí I/24, 140 00 Praha 4

Odpovědný koordinátor pro organizaci a služby: Pavel Revický, GSM: 724 264 870

Registrační centrum: od 29. října, 17.00 hod. do 31. října, 12.30 hod., GSM: 775 948 924, e-mail: office@congressprague.cz,

www.congressprague.cz

Organizace, ostatní služby a informace

- V mimopracovní době jsou konferenční prostory NH Collection Olomouc Congress uzavřené. Nenechávejte zde osobní věci (doklady, mobilní telefony, notebooky, cennosti apod.). Pořadatel ani organizátor konference nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu. Věci a materiál vnesené do prostor konání konference nejsou předmětem pojištění proti ztrátě, poškození nebo zničení.
- V pracovní době konference je účastníkům k dispozici šatna.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro konferenci je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.

PROGRAM KONFERENCE**Čtvrtek, 29. října**

09.00 – 17.00	Workshop hysteroskopie (Madrid I, 1. poschodí) Kužel D (Praha), Kovář P (Havířov), Hanousek L (Pardubice) Workshop hysteroskopie (Madrid I, 1. poschodí) Teoretická část: <ul style="list-style-type: none"> • indikace • kontraindikace • instrumentárium • distenční média • intrauterinní diagnostika • principy elektrochirurgie • ambulantní hysteroskopie • resekční výkony • ablace endometria • komplikace • ekonomika Praktická část: <ul style="list-style-type: none"> • výuka na trenážerech
17.00 – 21.00	Registrace (foyer, 1. poschodí)
17.00 – 21.00	Příprava doprovodné výstavy (foyer, 1. poschodí)
18.30	Zasedání výboru Sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP (salonek NH, přízemí)
Pátek, 30. října	
07.30 – 19.00	Registrace (foyer, 1. poschodí)
07.30 – 18.00	Doprovodná výstava firem (foyer, 1. poschodí)
17.45	Výdej certifikátů – jednodenní účast (Registrační centrum)

Program sekce lékařů

(Konferenční sál Evropa I, II, 1. poschodí)

08.30	Občerstvení s kávou před zahájením konference (foyer, 1. poschodí)	
09.00	Zahájení konference	
09.05	Blok I – Spolupráce s chirurgy Předsedající: Drahoňovský J (Praha), Hudeček R (Brno), Klát J (Ostrava) Kučera E (Praha): Prevence střevních komplikací 15' Novotný Z (Plzeň): Apendektomie prováděná gynekologem 15' Trhlík M (Nový Jičín): Resekční výkony na střevu (onkologie, DIE) 15' Pilka R (Olomouc): Komplikace v robotické chirurgii – naše zkušenosti 10'	
10.10	Občerstvení s kávou (foyer, 1. poschodí)	

- 10.30 **Blok II – Spolupráce s urology**
Předsedající: Halaška M (Praha), Kaščák P (Trenčín), Kužel D (Praha)
- Fanta M** (Praha): Plánovaná spolupráce (DIE) 15´
Mára M (Praha): Prevence a řešení urologických komplikací 15´
Struppl D (Praha): Laparoskopická sakrokolpopexie z pohledu multidisciplinární spolupráce 10´
- 11.15 **Blok III – Spolupráce s IVF centry**
Předsedající: Hanousek L (Pardubice), Koliba P (Praha), Kučera E (Praha)
- Hudeček R** (Brno): Ovariální rezerva a laparoskopie 15´
Frühaufová K (Praha): Management sactosalpingu před IVF 10´
Hanáček J (Praha): Adenomyosa – možné operační řešení 10´
Rumpík D (Zlín): Surogátní mateřství 15´
- 12.15 **Přestávka na oběd**
Upozornění pro účastníky konference
Od 13.15 hodin se na výstavní ploše firmy Takeda Pharmaceuticals koná podporovaná přednáška:
Fanta M (Praha): TACHOSIL® – využití při minimálně invazivních výkonech
- 13.45 **Blok IV – Spolupráce s onkologi a patologi**
Předsedající: Adamík Z (Zlín), Eim J (Vyškov), Charvát M (Praha)
- Sehnal B** (Praha): Peroperační histologie a její začlenění do konceptu endoskopických operací 10´
Kaščák P (Trenčín): Korelácia peroperačnej a definitívnej histológie u pacientok s karcinómom endometria vo FN Trenčín 10´
Klát J (Ostrava): Retroperitoneum – přítel nejen onko-gynekologa, aneb anatomie pro praxi 15´
Chvátal R (Jihlava): Ovariální karcinom a laparoskopie – stále kontroverzní téma? 15´
Halaška M jr. (Praha): Ca prsu: spolupráce gynekologa, onkologa a chirurga 15´
- 15.00 **Blok V – Přednáška zahraničního hosta**
Předsedající: Mára M (Praha), Pilka R (Olomouc), Trhlík M (Nový Jičín)
- Einarsson J** (Harvard Medical School, Boston): How to avoid and manage laparoscopic complications 45´
- 15.50 **Občerstvení s kávou** (*foyer, 1. poschodí*)
- 16.30 **Blok VI – Speciální přednáška**
Předsedající: Charvát M (Praha)
- Suchánek T** (Praha): Kritické stavy v kokpitu (aneb, když to lítá nejen na sále) 30´
- 17.00 **Blok VII – Varia**
Předsedající: Dzvínčuk P (Olomouc), Hulvert J (Praha), Novotný Z (Plzeň)
- Bielik T** (B. Bystrica): Prínos kinetickej energie v radikálnej operative DIE 15´
Kužel D (Praha): Hysteroskopické výkony s UZ asistencí 10´
Drahoňovský J (Praha): Mezioborová spolupráce při léčbě hluboké endometriózy 15´
Adamík Z (Zlín): LAVH + cholecystektomie metodou NOTAM v jedné době 10´
Hlinecká K (Praha): Spolupráce endoskopisty s anesteziologem 10´

- Pastor Z** (Praha): Spolupráce sexuologa a endoskopisty v péči o ženy s vrozeními vývojovými vadami 10´
Hanáček J (Praha): Laparoskopická cerclage – jiná možnost, videoprezentace 10´
Kovář P (Havířov): Využití 2,6mm rigidních endoskopů a nástrojů 3Fr. v ambulantní hysteroskopii – 12 měsíců zkušeností 10´
Ondrová D (Olomouc): Nové možnosti monitoringu PID u adolescentů – kazuistika 8´
Homola P (Pardubice): Hysteroskopické nálezy u pacientek po revizi dutiny děložní po porodu – předběžné výsledky 8´
Součková H (Praha): Využití cirkulujících endometriálních buněk při diagnóze endometriózy 6´

19:30 **Společenská večeře pořádaná Sekcí gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP pro registrované účastníky konference** (*Galerie a Coffee Restaurant Caesar, Olomouc*)

Sobota, 31. října

07.30 – 12.30	Registrace (<i>foyer, 1. poschodí</i>)
08.00 – 12.00	Doprovodná výstava firem (<i>foyer, 1. poschodí</i>)
12.00	Výdej certifikátů (<i>Registrační centrum</i>)

Program sekce lékařů

(*Konferenční sál Evropa I, II, 1. poschodí*)

- 08.00 **Blok VIII – Podporované přednášky**
Předsedající: Fanta M (Praha), Hanáček J (Praha), Kubínová K (Praha)
- Plačková R** (VZP): Pojištění zdravotnických zařízení (podporovaná přednáška) 15´
Očenašek M (Praha, Berlín): Modelování dynamických procesů pánevního dna 15´
- 09.00 **Blok IX „LIVE – SURGERY“ – 1. část**
Předsedající: Bielik T (B. Bystrica), Sehnal B (Praha), Struppl D (Praha)
Moderátor: Mára M (Praha)
- Pilka R** (Olomouc): Robotická sakrokolpopexie
Adamík Z (Zlín): Kombinovaný (laparoskopický a vaginální) závěs u mladé ženy – suspenze na sakro-spinální vazy pomocí modifikace implantátu Avaulta
- 10:30 **Občerstvení s kávou** (*foyer, 1. poschodí*)
- 10.50 **Blok IX „LIVE – SURGERY“ – 2. část**
Předsedající: Bielik T (B. Bystrica), Sehnal B (Praha), Struppl D (Praha)
Moderátor: Charvát M (Praha)
- Pilka R** (Olomouc): Robotická sakrokolpopexie
Adamík Z (Zlín): Kombinovaný (laparoskopický a vaginální) závěs u mladé ženy – suspenze na sakro-spinální vazy pomocí modifikace implantátu Avaulta
- 12.00 Závěr konference, výdej certifikátů

Posterová sekce – prezentace posterů (foyer, 1. poschodí)

- Zbořilová M** (Pardubice): Neúspěšná laparoskopická detekce retroperitoneální gravidity
Sobotková J (Pardubice): Submukózní myom – neobvyklá příčina hemoperitonea
Haasová J (Klatovy): Karcinosarkom děložního těla

Program sekce instrumentářek a porodních asistentek (Madrid I, 1. poschodí)

Pátek, 30. října

09.15 Blok I

Předsedající: Halešová M (Ostrava), Jurigová G (Praha)

- Holečková D** (Praha): Laparoskopická nefrektomie u pacientky s hlubokou infiltrující endometriózou (DIE) 10´
Řeháková H, Palčíková P (Přerov): Stresová inkontinence – operační řešení 10´
Toplková V, Hlinecká K (Praha): Poporodní hysterektomie u ženy po hysteroskopické operaci pro Ashermannův syndrom 10´
Slanařová H, Hornychová J, Vlácil J (Praha): OAB syndrom 10´
Skýpalová G (Olomouc): Laparoskopická sakrokolpopexie 10´

10.30 Občerstvení s kávou (foyer, 1. poschodí)

11.00 Blok II

Předsedající: Holečková D (Praha), Táborská Š (Olomouc)

- Halešová M, Borovská L** (Ostrava): Laparoskopie z pohledu 3D 10´
Jurigová G (Praha): Korduální gravidita na endoskopickém sále 10´
Táborská Š, Králová M (Olomouc): Medix – komplexní informační systém pro operační sály, naše zkušenosti 10´
Mašitová Z (Praha): Esmya versus myomektomie 10´

12.00 Závěr programu sekce, výdej certifikátů

SBORNÍK ABSTRAKT

SEKCE LÉKAŘŮ

Komplikace v robotické chirurgii – naše zkušenosti

Pilka R, Marek R, Dzvínčuk P, Kudela M, Hambálek P, Maděrka M, Zapletalová J
 Gynekologicko-porodnická klinika, Lékařská fakulta, Palackého Univerzita, Fakultní nemocnice, Olomouc, přednosta: Prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Cílem příspěvku je popsat a vyhodnotit naše zkušenosti s robotem asistovaným laparoskopickým stagingem karcinomu endometria na prvních sto případech a srovnat prvních a posledních 30 případů pacientek v daném souboru včetně zaznamenaných komplikací. Medián operatérům odhadované krevní ztráty činil 100ml. Konverze robotické operace

na laparotomii byla zaznamenána v 6 případech. Při srovnání prvních a posledních 30 operovaných pacientek byl ve skupině posledních 30 operací pozorován statisticky významný nárůst BMI (29,5 versus 33,0, $p=0,004$ a byl zaznamenán pokles počtu konverzí ze 4 na 1. Zejména však došlo k statisticky významnému nárůstu celkového počtu získaných lymfatických uzlin ve skupině posledních 30 vs. prvních 30 pacientek (27 vs. 17), k nárůstu počtu odebraných pánevních lymfatických uzlin (21 vs. 17) a paraaortálních uzlin (4 vs. 0). Počet peroperačních a pooperačních komplikací odpovídal údajům ze světové literatury. V rámci sdělení budou předvedeny videosekvence znázorňující adekvátní rozsahu paraaortální lymfadenektomie, řešení krvácivých komplikací a poranění ureteru.

Tab. 5 Srovnání základních charakteristik pacientek, operačního výkonu a počtu získaných lymfatických uzlin našeho analyzovaného souboru s výsledky publikovaných studií

Studie	Prezentovaný soubor	Holloway et al., [16]	Lowe et al., [22]	Seamon et al., [34]	Eklind et al., [11]	Mok et al., [27]
Rok	2015	2009	2009	2008	2015	2012
N (počet případů)	94	100	405	105	40	34
Věk (roky)	65,3	60,3	62,2		66	56,2
BMI (kg/m ²)	31,9	29,0	32,4	34	29	25,6
Operační čas (min.)	211,6	171	170,5	242		166,8
Krevní ztráta (ml)	139,0	103	87,5	99	76	110,9
Lymfatické uzliny celkem (N)	24,8	18,7	15,5	29	13	15,0
Lymfatické uzliny pánevní (N)	21,6	13,7		21		
Lymfatické uzliny para-aortální (N)	3,1	7,3		9		
Konverze (%)	6	4	6,7	12,4	0	0

Adenomyóza – možné operační řešení

Hanáček J, Drahoňovský J

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Adenomyóza, která byla poprvé popsána v roce 1860, je běžnou benigní děložní abnormalitou charakterizovanou přítomností endometriálních žlázek a stromatu ektopicky lokalizovaných v myometriu. Její incidence je obtížné stanovit, ale pohybuje se v literatuře od 8,8-61,5 %. Jasná patogeneze a etiologie není známá. Předpokládá se možný vliv porušené bazální membrány, který umožní invazi endometriálních žlázek a stromatu do vrstvy myometria. K tomuto porušení bazální membrány může dojít po předchozím gynekologickém výkonu v dutině děložní (jako je kyretáž, interrupce). Svůj vliv může jistě i vyšší estrogenní nabídka. Uvádí se častější výskyt u multipar.

Adenomyózu lze zjednodušeně rozdělit do dvou základních typů- difúzní a fokální adenomyóza. Difúzní adenomyóza, která se vyskytuje zhruba ve 2/3 případů se projevuje difúzním postižením přední i zadní stěny děložní, oproti fokální lokalizované formě. Adenomyózu v 80% nalézáme u žen v rozmezí 35-50 let.

Hlavními příznaky adenomyózy jsou zvětšená děloha, pelipatia, dysmenorea, hypermenorea.

Diagnostika adenomyózy probíhá především pomocí vaginálního ultrazvuku. Jeho specifita dosahuje 96% a pozitivní

prediktivní hodnota 80%. Typickým nálezem je ztlustění junkční zony na 10-12 mm a nehomogenní ztlustění stěny děložní s četnými hypoechogenními lakunami. Jinou možností diagnostiky je užití NMR.

Nejčastější léčebnou modalitou je hysterectomie. Při konzervativním postupu lze podávat gestagenní hormonální terapii nebo analoga GnRH.

Další léčebnou modalitou je pokus o maximální možnou excizi adenomyozy s prezervací dělohy.

Rádi bychom prezentovali Osadovu techniku extirpace adenomyozy provedenou laparoskopicky. Výkon zahajujeme dočasným zaklipováním uterinních arterií a následně předozadním rozpolcením děložní stěny vertikálně od zadní k přední stěně, ozřejmením dutiny děložní a postupnou extirpací adenomyozy. Výkon je komplikovaný prakticky neexistující hranicí zdravého myometria a adenomyozy. Následná resutura myometria v několika vrstvách.

Výkon byl proveden u 42 leté pacientky s extrémním přáním gravidity a 2 aborty během posledního roku.

Peroperační histologie a její začlenění do konceptu endoskopických operací

Sehnal B, Koutníková H

Gynekologicko-porodnická klinika, Patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Na Bulovce, 1. lékařská fakulta UK, Praha

V 60. letech minulého století se laparoskopický přístup dostal do širšího podvědomí gynekologických operátorů. První zmínka o použití laparoskopie v managementu ovariálního karcinomu je z roku 1973, ale laparoskopický přístup při řešení malignit zůstával dlouho diskutabilní.

Nedílnou součástí laparoskopického managementu některých gynekologických nádorů je i histologické peroperační odečtení preparátu - tzv frozen section (FS). V onkogynekologické operativě se týká převážně tří situací; 1) u tumoru ovaria potvrzení nebo vyloučení malignity, 2) u karcinomu endometria zjištění hloubky invaze nádoru do myometria, 3) u karcinomu děložního hrdla vyloučení metastázy v sentinelové lymfatické uzlině.

V ČR se frozen section používá rutině, ale např. ve Velké Británii jen 69 % onkogynekologů využívá techniku FS a z toho více než polovina maximálně 10krát za rok. Nejčastější indikací je vyšetření ovariální (pánevního) tumoru, kde se podle metaanalýzy 15 studií senzitivita správné histologické diagnózy touto technikou blíží 90 % s 98% specificitou.

Přednáška se na základě literárních údajů i vlastních zkušeností zabývá zhodnocením možností a limitací peroperačního histologického vyšetření z pohledu operátora a histopatologa. U všech výše uvedených situací uvádí přesnost peroperačního histologického vyšetření a rizika laparoskopického přístupu.

Ovariální karcinom a laparoskopie – stále kontroverzní téma?

Chváta R, Křižan V, Surgentová K

Nemocnice Znojmo, Znojmo, ČR, KOC Jihlava

Laparoskopii jako diagnostického či kurativního nástroje lze použít u karcinomu ovaria ve 3 modalitách. A.náhodně zachycený Ca ovaria T1A1, B. borderline karcinom, C.T1C (spillage). Mohou nastat dvě situace. Laparoskopicky operována ovariální cysta s porušenou kontinuitou, kde z histologického nálezu vychází borderline či invazivní karcinom ovaria, nebo adnexektomie pro suspektní nález s diagnózou borderline karcinomu nebo T1a1. U borderline karcinomu lze postupovat dále laparoskopicky dle adekvátních onkologických guidelines - odběr wash up cytologie, finalizace výkonu ve smyslu TLH, kontralaterální adnexektomie, omentektomie infragastrické a infrakolické, fakultativně appendektomie dle charakteru nádoru. Podle současných studií lze upustit od unilaterální lymfadenektomie na postižené straně. V případě plánované gravidity lze provést výkon ve dvou etapách. Nejprve dokončit rozšířenou adnexectomii, resekci ligamenta infundibulopelvica po linea innominata, deperitonealisaci ovarické fossy, kompletní omentektomii, finalizaci výkonu

provádíme po ukončeném těhotenství pokud pacientka otěhotní do dvou roků od primární diagnózy. V případě invazivního karcinomu ovaria T1A, lze dokončit kompletní stagingový výkon laparoskopicky ve smyslu kompletní omentektomie paraaortální a pelvinní lymfadenektomie, TLH+AE, fakultativně APPE. Limitující podmínkou je BMI a performance status. Tento výkon lze provést za podmínky negativního předoperačního stagingu. Situace T1C (spillage) je nutné doplnit léčbu adjuvantní chemoterapií. U borderline karcinomu při porušení integrity tumoru lze od chemoterapie upustit zvláště pokud pacientka plánuje graviditu a výkon je prováděn ve dvou dobách. Použití LSK jako stagingové a restagingové metody je stále velmi kontroverzním tématem. V zásadě platí, že pokud lze, je dobré se vyhnout diagnostické laparoskopii, jak v situaci primárního tak sekundárního stagingu resp. restagingu. U restagingu zůstava určité prostor pro dg. LSK v situacích nejasného PET CT, MRI nálezu v korelaci s pozitivitou ROMA faktoru nebo jako pomocné metody při stanovení resektability bulky recidivy. Náš rozhodovací algoritmus je postaven na diagnostických závěrech radiologů, onkologů, chirurgů, urologů. Mandatorní je konsensuální indikace onkoboardu. Videoprezentace předkládá tři kasuistiky k uvedeným situacím.

Laparoskopická cerclage – jiná možnost, videoprezentace

Hanáček J, Drahoňovský J

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Úvod: Každoročně se celosvětově předčasně narodí okolo 15 milionů dětí. Počet předčasně narozených dětí se i přes snahu moderní perinatologie nedaří výrazně snížit a spíše dochází k jeho vzestupu. Nejčastější příčinou předčasného porodu jsou infekce, placentární insuficience, imunitní faktory, onemocnění matky, cervikální insuficience... Jedním z markerů hrozícího předčasného porodu je zkrácení hrdla děložního měřeno ultrazvukem- cervikometrie. Již v roce 1958 popsal Riverius asociaci mezi předčasným porodem a zkrácením hrdla děložního. Výrazným rizikovým faktorem je předchozí předčasný porod, který znamená 50% riziko předčasného porodu v následné graviditě. Z toho vychází diagnostika předčasného porodu v následné graviditě a to prováděním cervikometrie od 16 týdne gestace s nastaveným cut off na 25 mm. V současné době máme několik léčebných modalit hrozícího předčasného porodu. Jsou to vaginální nebo intramuskulární podání progesteronu, pessar, cerclage. Tyto léčebné modalit redukuje riziko předčasného porodu o 30-50 %.

Cerclage je nejčastěji prováděna vaginálně ale lze ji aplikovat abdominálně, laparoskopicky nebo i roboticky. Je možné ji provést preventivně nebo na těhotné děloze. Transabdominální přístup byl poprvé popsán v roce 1965 Bensonem a Durfeem. Laparotomický přístup oproti vaginálnímu umožňuje nasazení cerclage na místo vnitřní branky, vyhnutí se infekčnímu prostředí pochvy. Nevýhodou je samozřejmě abdominální přístup a rizika spojená s vysokým nasazením stehu jakými jsou krvácení z poranění cév. Výhodou by mohl být laparoskopický přístup, který je ve srovnání s abdominálním minimálně invazivní se zkrácením hospitalizace i pooperačního hojení. Snaží se preferovanější je provedení preventivní cerclage před cerkláží na těhotné děloze.

Design: Představujeme Vám videoprezentaci provedení laparoskopické preventivní cerclage. Pacientka anamnesticky 4 bezpříznakové potraty v 16 týdnu graviditu svědčící pro cervikální insuficienci.

Závěr: Laparoskopická cerclage by jistě měla patřit do rejstříku moderní perinatologie obzvláště u žen s cervikální insuficiencí. Její výhodou je miniinvazivita a rychlá rekonvalescence. Preferováno je preventivní provedení, ale výkon je možné provést i na těhotné děloze. Výkon jistě patří do rukou zkušeného laparoskopisty pro riziko poranění cév v oblasti vnitřní branky v hraně děložní.

Nové možnosti monitoringu PID u adolescentů – kazuistika

Ondrová D, Pilka R

Gynekologicko porodnická klinika, Fakultní nemocnice, Olomouc

V posledních letech v ambulanci pro dětskou gynekologii narůstá počet vyšetřovaných a následně léčených pacientek pro zánět malé pánve. Zpravidla postihuje dívky, které procházejí nebo prošly pubertou. Toto období je charakterizováno akcelerací vývoje vnitřních rodidel, zvýšeným prokrvením a tudíž zvýšenou vnímavostí k usídlení zánětu. Příznaky PID u mladistvých jsou mnohem méně výrazné než u dospělých žen. Mezi tyto příznaky patří pobolívání v podbříšku a subfebrilie, nepravidelně se opakující. Závažné horečnaté stavy se u mladistvých vyskytují velmi zřídka. Ani gynekologický nález nebývá u PID dospívajících příliš přesvědčivý. Z laboratorních vyšetření provádíme vyšetření zánětlivých markerů, ale ani tyto nebývají u mladistvých elevovány.

U naší referované pacientky jsem kromě zánětlivých markerů, které nebyly elevovány, sledovali i hodnoty Ca 152, které se v počáteční fázi zánětu pohybovaly okolo hodnoty 1000. Po LSK evakuaci zánětlivých ložisek v malé pánvi a po 2 měsících ATB léčby hodnoty Ca 125 postupně klesly k normálu.

Vzhledem ke skutečnosti ne příliš přesvědčivých laboratorních hodnot zánětlivých markerů u mladistvých pacientek postižených PID, se jeví jako možnost monitoringu PID i vyšetření CA 125.

Spolupráce sexuologa a endoskopisty v péči o ženy s vrozenými vývojovými vadami

Pastor Z, Charvát M

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF a FN v Motole, Praha

VVV zevního genitálu a pochvy představují závažný problém, kdy anatomické podmínky brání normálnímu pohlavnímu styku a tím ovlivňují psycho-sexuální chování žen od období dospívání. Velkou část těchto vad představuje aplázie pochvy při MRKH sy a syndromu testikulární feminizace. Operační léčbou je dnes nejčastěji laparoskopická neoplastika pochvy podle Vecchiettiho. Ve FNM je vlastní modifikací prováděna od roku 1997.

Soubor: 96 pacientek operovaných ve FNM v letech 2004-2014

Typ studie: retrospektivní

Metodika: gynekologické vyšetření se zaměřením na délku, prostornost a trofiku pochvy. Sexuologické vyšetření standardizovanou technikou dotazníku FCFI, FCSIS, GRISS a strukturovaný pohovor.

Výsledky: Ve většině případů vedou pacientky uspokojivý sexuální život s dostatečnou délkou a prostorností pochvy a přiměřenou lubrikací. Dyspareunie jsou zřídka a u jednotlivých pacientek tranzitorní. Většina žen má sexuálního partnera. Naprostá většina žen touží po mateřství a velká část by akceptovala další léčbu, která by umožnila vlastní těhotenství.

Hysteroskopické nálezy u pacientek po revizi dutiny děložní po porodu – předběžné výsledky

Homola P, Hanousek L

Porodnicko-gynekologická klinika Pardubické nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje a.s., přednosta Doc. MUDr. M. Košťál, Csc.

Cíl studie: Zjistit četnost nitroděložních patologií u pacientek po revizi dutiny děložní po porodu a porovnat ultrazvukový, hysteroskopický, histopatologický a klinický obraz jednotlivých případů.

Typ studie: Deskriptivní studie.

Soubor a metodika: V období od 7/2014 do 7/2015 jsme oslovili 60 pacientek, které prodělaly instrumentální revizi

dutiny děložní po porodu. Studie se zúčastnilo 31 pacientek, kterým bylo 2 měsíce po porodu provedeno vaginální UZ vyšetření a následně ambulantní hysteroskopie s terapeutickým výkonem v případě patologického nálezu. V případě odběru tkáně následovalo jeho histologické zhodnocení. Zkoumali jsme výskyt reziduální těhotenské tkáně a nitroděložních srůstů.

Výsledky: Nitroděložní srůsty jsme identifikovali v 8 případech (25,8 %). Ve všech případech se jednalo o jemné blanité srůsty, které byly rozrušeny tlakem přístroje. 9 pacientek (29 %) mělo fyziologický hysteroskopický nález. Podezření na rezidua post partum jsme po hysteroskopii pojali u 21 pacientek (72,41 %), což bylo histologicky potvrzeno pouze ve dvanácti případech (38,7 %). UZ diagnostika měla 58,33% senzitivitu a 77,78% specifitu v detekci reziduí post partum. Klinické obtíže ve formě mírného špinění udávaly pouze 3 pacientky s prokázanými rezidui. Ve skupině 9 hysteroskopicky falešně pozitivních nálezů, které byly v 6 případech provázeny UZ suspektním nálezem bylo 7x patologicky diagnostikováno korporální endometrium. Ve 2 případech bylo popsáno jizvení a regresní změny.

Závěr: Instrumentální revize dutiny děložní s sebou nese riziko vzniku nitroděložních komplikací. V našem souboru byla postižena více než polovina vyšetřených pacientek. UZ vyšetření v detekci reziduální těhotenské tkáně nedosahuje senzitivity a specifity uváděné v tuzemských i zahraničních pracích. Klinické příznaky se vyskytly jen u čtvrtiny pacientek, což je výrazně méně, než je uvedeno v literatuře.

Využití cirkulujících endometriálních buněk při diagnóze endometriózy

Součková H, Charvát M, Halaška M, Bobek V, Kološtová K

Gynekologicko-porodnická klinika, FN v Motole, Praha, Oddělení laboratorní genetiky a CAB, FN Královské Vinohrady, Praha

Přes rozsáhlý výzkum nejsou v současné době dostupné žádné spolehlivé in vitro testy pro diagnózu endometriózy. Minimálně invazivní testy jsou důležité v procesu léčby endometriózy jak v případě asymptomatického tak i symptomatického onemocnění. Zdrojem důležitých informací pro pochopení patogeneze endometriózy mohou být studie probíhající na kontrolovaných modelech in vitro.

V rámci naší výzkumné skupiny jsme prokázali efektivní a rychlou separaci cirkulujících endometriálních buněk (CECs) pomocí separace založené na velikosti buňky. Ve skupině 40 vyšetřených pacientek byly CECs potvrzeny u 24 pacientek (60%). Izolované CECs byly následně úspěšně kultivovány. CECs jsou izolovány z periferní krve pacientek s endometriózou a mohly by představovat potenciální prognostický a prediktivní marker v procesu léčby endometriózy. CECs in vitro kultury derivovány přímo z krve pacientek by mohly pomoci při porozumění patogenezi endometriózy a identifikaci nových terapeutických cílů.

SEKCE INSTRUMENTÁŘEK**Kornuální gravidita na endoskopickém sále**

Jurigová G

VFN Praha, Gynekologicko-porodnická klinika

Kornuální gravidita je vzácný typ extrauterinní gravidity. U kornuální gravidity dochází k jejímu prasknutí přibližně mezi 10. - 12. týdnem těhotenství. Není-li mimoděložní těhotenství v rohu děložním odhaleno včas a dojde-li k ruptuře, nastává masivní krvácení do dutiny břišní. Tento stav musí být okamžitě řešen, jinak dochází k úmrtí ženy. Kornuální gravidita se léčí resekci rohu děložního laparoskopicky anebo laparotomicky.

OAB syndrom

Slanařová Š, Hornychová J, Vlášil J
GPK Nemocnice Na Bulovce, Praha

OAB - OVER ACTIVE BLADER je soubor symptomů ukazujících na možnou dysfunkci dolních močových cest. Mezi symptomy patří urgence, frekvence, nykturie a urgentní inkontinence. Urgence je stížnost na náhle vzniklou potřebu močení, kterou je obtížné odložit. Urgentní inkontinence je nechtěný únik moči provázený urgencí nebo bezprostředně následující po urgenci. Frekvence je definována jako močení častější než 8x/24hod. Nykturie je každá epizoda močení, která přerušuje spánek.

Mezi rizikové faktory patří obezita, alkohol, deprese, kofein, u žen: počet porodů, počet a typ operací v oblasti malé pánve.

Epidemiologická data z dostupné literatury hovoří o výskytu v dětství- kolem 40%,premenopauzálně - 5-10%, menopauzálně - 80%,u institucionalizovaných - 80%.

Mezi základní diagnostické metody patří anamnéza, speciální dotazníky, mikční karta, gynekologické vyšetření, biochemické a kultivační vyšetření moči. K rozšířeným řadíme urodynamiku a cystoskopii. Urodynamické vyšetření je vyšetření hodnotící funkce dolních močových cest, močový měchýř a močové trubice. Cystoskopie je endoskopické vyšetření močového měchýře.

Léčbu můžeme rozdělit na konzervativní - úprava životního stylu a denního režimů, pitný a mikční režim, redukce příjmu látek iritujících močový měchýř (kofein, alkohol, citrusové džusy, ostré koření) a medikamentózní- anticholinergika (antimuskarinika), antidepresiva, analoga vasopresinu (nykturie).

Zvláštní kategorii zahrnuje aplikace botulotoxinu - 250IU, který snižuje tonus sfinkteru uretry. Botulotoxin je toxická látka, kterou v přírodě produkuje bakterie Clostridium Botulinum, je známá také jako „klobásový jed“. blokuje uvolňování acetylcholinu z presynaptických nervových zakončení a tím dochází k poklesu kontraktility a svalové atrofii.

Výkon se provádí v gynekologické poloze, kde lékař zavede flexibilní nebo rigidní cystoskop a prohlédne stěnu močového měchýře. Sestra mu podá připravený botulotoxin, který lékař aplikuje na několik míst na zadní stěně močového měchýře. Zlepšení se dostaví do týdne. Po výkonu sestra sleduje fyziologické funkce (30-60min), barvu moče po vymočení. Jeho nežádoucí účinky můžeme rozdělit na lokální - bolestivost v místě vpichu, mírná hematurie a systémové - (nejsou tak časté)- mohou se projevit jako chřipkové symptomy.

Závěr: Aplikace botulotoxinu vede ke zmírnění urgencí, zlepšení kontinence a zvětšení kapacity močového měchýře. Délka trvání efektu po jednorázové aplikaci je 3-12 měsíců. Léčbu lze opakovat. Léčba není hrazena ze zdravotního pojištění.

Poporodní hysterektomie u ženy po hysteroskopické operaci pro Ashermanův syndrom

Toplaková V, Hlinecká K
GPK 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 18

Ve sdělení bude popsána dramatická kasuistika pacientky s život ohrožujícím poporodním krvácením (ŽOK) při placenta percreta, jež měla v anamnéze hysteroskopickou resekci nitroděložních srůstů. V diskusi zazní zamyšlení nad současnou situací, kdy se stále rostoucí frekvencí operačních zákroků na děloze je nutno počítat s častějším výskytem podobných peri-partálních komplikací.

POSTERY**Submukózní myom – neobvyklá příčina hemoperitonea**

Sobotková J, Tichý M, Košťál M, Hanousek L, Moravcová M, Hensel G

¹⁾ Porodnicko – gynekologická klinika, Nemocnice Pardubického kraje, Pardubice, ²⁾ Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Pardubice

Hemoperitoneum společně s bolestmi břicha řadíme k dominantním projevům náhlých příhod břišních, které pacientku přimějí vyhledat lékařskou pomoc. K nejčastějším příčinám hemoperitonea v gynekologii patří extrauterinní gravidita a ruptura folikulární či korpusluteální cysty.

Formou kasuistiky popisujeme raritní případ 27 - leté pacientky, nuligravidy, která přichází pro progredující bolesti v podbřišku a s vaginálním krvácením bez provokačního momentu. Při vyšetření v gynekologických zrcadlech vidíme odchod nevelkého koagula z hrdla děložního, transvaginálním ultrazvukovým vyšetřením zjišťujeme drobný submukózní myom přední stěny děložní o velikosti 26 x 19mm, koagulum dilatující dutinu děložní a malé množství volné tekutiny v Douglasově prostoru. Laboratorně dominuje anémie a negativní těhotenský test. Indikujeme nejprve laparoskopickou revizi dutiny břišní, kde oboustranné hematosalpingy jsou překvapivým nálezem. Následně hysteroskopicky verifikujeme submukózní myom typ 0, který jako "zátkopka" uzavírá oblast vnitřní branky.

Kombinovaným endoskopickým přístupem řešíme až peroperačně objasněnou příčinu hemoperitonea.

Neúspěšná laparoskopická detekce retroperitoneální gravidity

Zbořilová M, Göbel J, Košťál M, Hanousek L, Hensel G, Moravcová M

Porodnicko-gynekologická klinika, Pardubická nemocnice, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Retroperitoneální ektopická těhotenství jsou velmi raritní. Včasná diagnostika retroperitoneální gravidity je důležitá a zároveň obtížná. Při pozdějším záchytu výrazně stoupá riziko život ohrožujícího krvácení. Mimoděložní těhotenství je nejčastější náhlou příhodou břišní v gynekologii. Zde prezentuji dva případy a jejich řešení. Vždy byla zjištěna elevace β -hCG a provedena ultrazvuková vyšetření bez lokalizace gravidity, dále následovaly diagnostická laparoskopie a revize dutiny děložní, opět bez průkazu těhotenství. V prvním případě byla diagnóza stanovena peroperačně - tumorozní rezistence vpravo nad bifurkací aorty, v druhém případě byla stanovena pomocí CT břicha s kontrastem – paraaortálně vlevo v úrovni obratle L4. Retroperitoneální ektopickou graviditu lze vysvětlit šířením lymfatickými cévami.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

VISERA 4K UHD



OLYMPUS Visera 4K UHD systém pro efektivní a precizní laparoskopickou operativu

4K

Revoluční systém Visera 4K UHD nabízí:

- revoluční rozlišení 3840 x 2160 pixelů
- dvakrát vyšší horizontální i vertikální rozlišení než u běžného HDTV systému
- monitory o velikosti až 55"

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

Evropská 176/16, 160 41 Praha 6 | Tel.: +420 221 985 111 | e-mail: info@olympus.cz | www.olympus.cz