

Miniinvazívna chirurgia a endoskopia

chirurgia súčasnosti

I / 2005

Šéfredaktor : Doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc

Výkonný redaktor : MUDr. Ľubomír Marko

Redakčná rada :

Doc. MUDr. Ivan Čapov, CSc - Brno, ČR

Doc. MUDr. Jan Dostálík, CSc - Ostrava, ČR

Doc. MUDr. Martin Fried, CSc - Praha, ČR

Doc. MUDr. Roman Havlík, PhD. - Olomouc, ČR

MUDr. Ľubomír Marko, B. Bystrica, SR

MUDr. Peter Molnár, B. Bystrica, SR

Prof. Paolo Miccoli, MD - Pisa, Taliansko

Doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc - Olomouc, ČR

Roman Slodicka, MD, PhD - Rosenheim, Nemecko

Doc. MUDr. Robert Staffa, PhD - Brno, ČR

Prof. Carsten Zornig, MD - Hamburg, Nemecko

T H K 25

974 01 Banská Bystrica

tel. : 0903 517 388

E-mail : markolubo@stonline.sk

Číslo vychádza za podpory :

HARTMAN - RICO © JOHNSON&JOHNSON

OLYMPUS © RICHTER – GEDEON

WYETH WHITEHALL

ADRESÁR SPONZORUJÚCICH FIRIEM

HARTMAN - RICO A. S.
MASARYKOVO NÁM. 77, 664 71 VEVERSKÁ BÍTYŠKA

JOHNSON & JOHNSON s. r. o. - ETHICON ENDO - SURGERY
Plynárenská 7/B, 824 78 Bratislava 26

OLYMPUS SK, s. r. o.
TEPLICKÁ 99, 921 01 PIEŠŤANY

RICHTER GEDEON o.z.
ŠOLTÉSOVEJ 12, 811 08 BRATISLAVA

WYETH WHITE EXPORT
BOTANICKÁ 25/A, 841 04 BRATISLAVA

OBSAH

EDITORIAL.....	4
LAPAROSKOPICKÁ CHIRURGIA	
Holéczy P. : Zopár postrehov a poznámok ku laparoskopickej ingvinálnej hernioplastike.....	5
LAPAROSKOPICKÁ CHIRURGIA	
Fried M. : Bariatrická chirurgia – historie a súčasnosť	9
HRUDNÁ CHIRURGIA	
Melichar V., Vrástýk J. : Naše zkušenosti s miniinvazivním ošetřením otevřeného poranění hrudníku.....	14
VŠEOBECNÁ CHIRURGIA	
Krška Z., Šváb J., Lukáš M., Pešková M. : Idiopatické střevní záněty- profil chirurgicky řešených nemocných - I. Morbus Crohn	19
VŠEOBECNÁ CHIRURGIA	
Krška Z., Šváb J., Pešková M., Lukáš M. : Idiopatické střevní záněty- profil chirurgicky řešených nemocných - II. Colitis ulcerosa.....	25
NEUROCHIRURGIA	
Kalina R., Galanda M. : Potreba akútneho chirurgického zákroku u pacientov s chronickou antikoagulačnou terapiou, možné riešenie. Kazuistika.....	31
KONGRESY - INFORMÁCIE - FIREMNÉ PREZENTÁCIE	
Marko L. : Bariatrický kongres v Rakúsku + informácie o bariatrii	36
Slyško R., Mondek P., Šefránek V. : Vývoj cievnej chirurgie v Slovenskej republike za obdobie rokov 1997 - 2003	42

POKYNY PRE PRISPIEVATEĽOV :

Príspevok je potrebné zaslať v dvoch exemplároch v nasledovnej úprave :

1. Názov článku
2. Autori - krstné meno skratkou, priezvisko celé (pri autoroch z viacerých pracovísk označiť autorov číslami a potom rozpisovať pracoviská podľa čísiel)
3. Názov pracoviska
4. Súhrn - maximálne 10 riadkov
5. Kľúčové slová
6. Summary - anglický súhrn
7. Key words - kľúčové slová v angličtine
8. Úvod - uviesť v krátkosti problematiku, o ktorej bude článok pojednávať
9. Metodika a súbor pacientov
10. Výsledky
11. Diskusia
12. Záver
13. Literatúra - v texte číslami v zátvorkách, v zozname literatúry uvádzať všetkých autorov, názov citácie, názov časopisu, alebo knihy, rok, ročník, strany. Maximálne 15 citácií

Nie je potrebná žiadna textová úprava - okrem gramatickej, za ktorú je zodpovedný autor.

Články je možné zasielať ako strojom písaný text, ktorý sa bude prepisovať. Výhodnejšie je zasielanie článku na 3,5 palcovej diskete v Microsoft Worde - bez počítačovej úpravy - túto si musíme urobiť sami do jednotnej formy.

Čiernobiely, ale aj farebné obrázky je možné zasielať ako kvalitné fotografie, alebo ako jpg, alebo bmp - grafický súbor na diskete - výhodnejšie.

Adresa vydavateľa, distribútora a redaktora :

MUDr. Ľubomír MARKO

T H K 25

974 01 Banská Bystrica

tel. - 048 - 441 22 30

E - mail - markolubo@stonline.sk

ADRESA REDAKCIE :

MUDr. Ľubomír Marko

T H K 25

974 01 Banská Bystrica

SEKRETARIÁT A INFORMÁCIE :

p. Eva Dědičová –FNsP FD Roosevelta

Banská Bystrica

tel. - 048 - 441 2100

ADRESA TLAČIARNE :

Dali - BB s. r. o.

JILEMNICKÉHO 7

974 01 Banská Bystrica

REGISTRAČNÉ ČÍSLO MINISTERSTVA KULTÚRY

SR :

1838 / 98

MEDZINÁRODNÉ ČÍSLO ISSN : ISSN 1336 – 6572

EAN - 9771336657008

Časopis neprešiel odbornou jazykovou úpravou

ČASOPIS JE RECENZOVANÝ

Elektronická forma časopisu na www stránke :

www.laparoskopia.info

Editorial

Vážení čitatelia,

dostáva sa Vám do rúk novoročné číslo staronového časopisu - pôvodný časopis Slovenský chirurg od tohoto čísla mení svoj názov na „Miniinvazívna chirurgia a endoskopia - chirurgia súčasnosti“. Ide však v podstate len o čiastočnú zmenu časopisu, ktorý naďalej ostáva chirurgickým časopisom, ale ako vyplýva z názvu, bude sa snažiť zameriavať na moderné trendy v chirurgii, t. j. na miniinvazívnu chirurgiu a endoskopiou. Už koncom minulého storočia nastúpil prudký rozvoj chirurgie smerom k miniinvazívnosti. Toto storočie je storočím miniinvazívnej chirurgie, endoskopie a robotizácie. Z tohoto dôvodu sa budeme snažiť o informácie o novodobých trendoch. Okrem toho samozrejme budú naďalej vítané všetky chirurgické články, ktoré sa týkajú všetkých chirurgických odborov (nielen všeobecná chirurgia, ale aj hrudná a cievna chirurgia, neurochirurgia, kardiochirurgia, plastická chirurgia) a ktoré budú hovoriť o rozvoji chirurgie. Samozrejme budeme prinášať aj informácie o kongresoch, ktoré sú v centre záujmu chirurgov. Uvítame aj články s postrehmi z kongresov, pretože je to zaujímavá možnosť ako sa oboznámiť s novinkami z chirurgie.

Ako vydavateľ sa budem naďalej snažiť udržiavať minimálne pôvodnú kvalitu časopisu, resp. sa budem snažiť o jej skvalitnenie. Za osem rokov vydávania Chirurgického spravodaja a neskôr Slovenského chirurga už máme určité vydavateľské znalosti, ktoré budeme naďalej využívať a zdokonaľovať.

Okrem tlačenej formy bude časopis k dispozícii všetkým lekárom už aj v elektronickej forme na novo zriadenej [www stránke](http://www.laparoskopia.info) :

www.laparoskopia.info

Elektronická forma časopisu bude zaradená a pravidelne aktualizovaná po tlačovej forme vydania časopisu. Okrem toho tam umiestnime aj všetky 4 čísla z roku 2004.

Časopis stále žije a plánujeme prinášať čitateľom odborné články, novinky v chirurgii, informácie o kongresoch a správy zo štúdijských ciest, stručné preklady zaujímavých článkov z odborných časopisov so zameraním na moderné trendy v miniinvazívnej chirurgii.

Samozrejme sa budem snažiť o pútavú [www stránku](http://www.laparoskopia.info) nielen pre časopis ale aj pre všetkých, ktorí sa zaujímajú o laparoskopiu .

V B. Bystrici, 11. 3. 2005

MUDr. Ľubomír Marko

LAPAROSKOPICKÁ CHIRURGIA

Zopár postrehov a poznámok ku laparoskopickej ingvinálnej hernioplastike.

Holéczy P.

Chirurgické oddelení, Nemocnice Ostrava-Jih, Centrum péče o zažívací trakt, Česká republika
Primár : h. Doc. MUDr. Pavol Holéczy, CSc

Súhm

Autor v predloženej práci prezentuje osobný pohľad na vývoj a uplatnenie laparoskopickej ingvinálnej hernioplastiky v kontexte slovenskej chirurgie a na základe osobnej skúsenosti s takmer 300 operácií demonštruje pokrok v operačnej technike. Upozorňuje na náročnosť zvládnutia novej anatómie a potrebu precíznej preparácie, ako základných predpokladov pre dobrú plastiku. Hodnotí tiež svoje skúsenosti s jednotlivými druhmi materiálov, ktoré sa používajú pri plastikách.

Kľúčové slová : ingvinálne hernie, laparoskopia, vývoj

Holéczy P.

Some observations and remarks to the laparoscopic inguinal hernioplasty.

Summary

The author presents his personal view on the development and application of laparoscopic inguinal hernioplasty in the context of slovak surgery. On the base of his personal experience with nearly 300 operations technical development is demonstrated. Demanding knowledge of the new anatomy and the need of precious preparation, as the basic assumption for good plasty, are stressed. The personal experience with some kind of matherials used in hernioplasties is presented.

Key words : inguinal hernia, laparoscopy, trend

Úvod

Je to už pomerne dávno, viac ako dvadsať rokov, čo som čítal v Rozhľadoch v chirurgii (ku ktorým sa dnes neviem dostať), že chirurg by mal ovládať aspoň tri plastiky ingvinálnej hernie. Vtedy sme vykonávali zväčša plastiky podľa Maydla-Kukulu alebo Girarda. K nim sa pridala o niečo neskôr plastika podľa Marcyho či Bassiniho a ešte o niečo pozdejšie obohatil náš klinický repertoár výkon podľa Shouldiceho. Ak by som všetky dobre zvládol, mohol by som byť spokojný, že viem ponúknuť suficientnú chirurgickú kvalitu na poli ingvinálnej hernioplastiky. A to sme sa ešte od Stana Čárskeho naučili plastiku podľa Kostlivého (2). K tomu sa ešte pridala plastika podľa Lichtensteina, presadzujúc nový pohľad na starý problém, a môj reperotár sa stal ešte bohatším. Načo teda hľadať ešte niečo ďalšieho? Ale doba priniesla laparoskopiu v novom ponímaní a s ňou i laparoskopickú ingvinálnu hernioplastiku (LSK HP). Prišlo niečo nové, moderné, niekedy možno chápané len ako módne a hľadalo si svoje miesto v chirurgickom svete. A to hľadanie celosvetovo nebolo jednoduché. Ponúka sa mi krásna

paralela v citáte W. Jamesa z úvodu state Vyvrátenie mýtov o plastikách hernií

171: Nová teória je najprv napadnutá ako absurdná. Potom je prijatá ako pravdivá, ale jasne nedôležitá. Nakoniec sa ukáže byť tak dôležitou, že jej protivníci ju podporujú tak, akoby ju sami objavili.

Takže sme hľadali a hádam aj nachádzali i na Slovensku. Po slovenskej premiére -Fabián, 1992 - (5) sa postupne pridávali ďalší a skúšali (sme) zachytiť nový trend. Problém bol v tom, že mnohí v úsilí s rôznymi dôvodov nevydržali a nepokračovali, alebo nemohli vydržať a pokračovať. Napríklad jeden z prvých – Dušan Horeličan (4). Vytvalcov možno spočítať veľmi ľahko. Patrí sa mi menovať Andreja Ferenčíka, Ľubomíra Marka a Petra Pažinku s Marekom Šoltésom, ktorí dosiahli aspoň stovkové súbory, keď už nemáme tisícové na porovnanie so svetom. Na mojom bývalom pôsobisku v Bratislave, sme vykonali do novembra 2004 takmer 800 laparoskopických ingvinálnych hernioplastík. Otázka je, prečo sa, napriek výraznej snahe a pomoci firiem v začiatkoch, nepodarilo etablovať túto plastiku širšie. Kothaj (6) v bilancii slovenskej herniológie musel

v r. 2004 konštatovať, že len štyri pracoviská uvádzajú LSK HP ako štandardný výkon. Že by sme boli takí zastáncovia Lichtensteinovej plastiky, že nám na laparoskopii neostane priestor? Kothajova bilancia hovorí niečo iné a porovnanie s Európou pre nás nevyznelo ružovo. Problém vidím v troch rovinách. Prvá rovina – po počiatočnom oboznamovaní sa a koketovaní s LSK HP sa vedúci pracovníci pracovísk prestali zúčastňovať školiacich akcií a doma LSK HP trvalejšie nezaviedli, po pokusoch, či premiérach ich odložili a posielali na školenia mladších či mladých, ale tí nemali možnosť sa presadiť a operovať hernie laparoskopicky, firmy nemali očakávané obraty tovaru a ich podpora školeniam postupne ustala. Trh ukázal svoju krutú tvár. Druhá rovina – náročná anatómia. Kedysi som si myslel, že po dvadsiatich operáciách by som sa už v tom mohol vyznať, veď som bol na workshopoch, operoval som na prasati, videl som x-krát video, pozorne som študoval atlas laparoskopie chirurgie. Dnes si dovoľm tvrdiť, že na skúsenosť bolo treba aspoň 50 operácií. Potom som už mal vo veci jasnejšie. Pre tých, ktorí pracujú na pracoviskách, kde je inštitucionálna skúsenosť veľká, je situácia o niečo ľahšia, ale tiež to nie je všeliek. Osobná skúsenosť s preparáciou je predsa len niečo iné ako videné. Musím však s radosťou konštatovať, že mladí kolegovia, s ktorými som mal to potešenie pracovať, sa to naučili veľmi rýchlo. Mali však psychickú výhodu, že ak sa ocitnú v úzkych, majú sa kde obrátiť o pomoc. Aby som im vedel pomôcť čo najlepšie, obrátil som sa na jedných z najpovolanejších v Európe, na prof. Bittnera a Dr. Leibla zo Stuttgartu, ktorí dnes už majú súbor cez 10 000 hernioplastík typu TAPP v rámci prospektívnej štúdie a prof. Bittner, mimochodom predseda nemeckej sekcie miniinvazívnej chirurgie, bol nedávno v Košiciach prednášať na workshope. Nuž a čosi som v meste Mercedesov pochytil. Drobná finta (od primára Kostolného sa traduje výraz: päťkorunový trik). Oblúkovitá incízia peritonea od oblasti spina iliaca ant. sup. mediálne ku plica umbilicalis medialis, tak aby išla asi 3-4 cm nad vnútorným anulom a potom peritoneálny list zhrnúť len nadol, namiesto rovnej incízie s vytvorením dvoch peritoneálnych listov (1,11). A hneď bolo viac miesta mediálne, takže preparácia až takmer ku symfýze nebola problémom, mediálne sme nenarážali na cievu, ktorá krvácala. K tomu sme pridali preparáciu m.psoas laterálne, aby bolo dostatok miesta pred laterálny dolný roh sieťky a mali sme vyriešený ďalší problém. Ako uložiť sieťku 10x15 cm, ktorú už svet začal považovať za štandardnú. My sme

na to prišli tiež, že 7x10 cm je málo. Múdri sa učia na chybách iných, my, alebo ja som sa poučil, žiaľ aj na svojich! Keď si človek číta Bittnerovu publikáciu o LSK HP (1), všetko čo uvádzam tam nájde v texte, ale keď to vidí v na vlastné oči, je to neporovnateľné. Preto ma mrzí, že naše workshopy zakapali, ale teší ma úprimne, že Šoltés s Pažinkom a mojím mocným pozadím v Košiciach získali grant i ľudí pre svoj projekt, aby slovenskí i iní chirurgovia mohli prísť načerpať vedomosti v tej najhutnejšej forme. Pre úspech plastiky je teda potrebné dokonale vypreparovať os pubis, dostatočne pod horné rameno a dostatočne mediálne, dostatočne laterálne až na m. psoas, je treba šetrne odpreparovať od vaku indirektnej hernie ductus deferens a spermatické cievy. Je treba šetriť nervy, ktoré pri čistej preparácii a nie príliš tučnom pacientovi vidieť naozaj výborne. A je potrebné úsporne preparovať v priestore medzi ductus deferens a spermatickými cievami, kde prebieha ramus genitalis n. genitofemoralis, aby páni nemali v chúlостivej oblasti nepríjemné hypestézie, či ešte horšie parestézie. A potom už len treba dobre uložiť sieťku a zafixovať ju. Kedysi sme ich „pribíjali“ po celom obvode, postupne sme prešli na Czudekovskú „trojbodovú“ fixáciu (3) a dnes ju skutočne fixujem len troma svorkami. Nie do kosti, ale do ligamentum Cooperi, ale sieťka musí prekryvať i miesta potenciálnych hernií – femorálnej, obturatorovej, direktnej i indirektnej. No a nakoniec už stačí zrekonštruovať peritoneum, čiže ho pekne zašit „a je to!“. Tu prichádza pre mnohých problém – šitie. Chýba nám na Slovensku priestor na tréning šitia na trenažéroch, či na workshopoch na animálnych modeloch. Iste, že sa dá trénovať v krabici od topánok. Ale realita je iná, podstatne náročnejšia. Jednoznačne súhlasím s výrokom kolegu Ostrihoňa zo Železničnej NsP, že „v šití v krabici som majstrom sveta, ale v reále je to potom tak na okresnú súťaž“. Pri troche trpezlivosti operátora i okolia, je však práve uzáver peritonea veľmi dobrou príležitosťou na nácvik šitia, ktoré sa využije pri náročnejších výkonoch. Verte mi, oplatí sa byť trpezlivý a učiť sa šiť. Netreba na to špeciálne ihly ani nástroje, stačí 20, alebo 25 mm ihla s klasickú chirurgie a 3/0 rezorbovateľné vlákno dĺžky 12 cm, dobrý ihlec (oplatí sa doň zainvestovať, lebo inak je šitie „time and nerve consuming procedure“). A keď sme zvládli anatómiu i šitie, tak sa objaví tretia rovina, v ktorej musíme uvažovať i konať. Rovina finančná. Pretože na Slovensku je cena LSK HP skutočne vysoká. Zaplatiť dobrú sieťku patričnej veľkosti, fixačný stapler a prípadne urobiť

v jednom sedení bilaterálnu herniu, to prídepracovisko poriadne draho. A že by to nebodajuhradila zdravotná poisťovňa ako spotrebný materiál nad rámec paušálu. Ani počuť. Veď máme onkológiu a všeličo iné, čo stojí peniaze. Výsledkom je, že vedenie nemocnice, či pracoviska volí radšej lacnejšiu cestu, či najlacnejšiu, t.j. úplne klasickú hernioplastiku, šitú silonovými stehmi, v lokálnej anestézii. Na tom sa dá dokonca zarobiť. I v takzvanej jednoduchovej chirurgii v súkromných zariadeniach. Ale skúmal u nás niekto, niekedy aká je kvalita života pacientov po operáciách hernií, aká je dĺžka práceneschopnosti, či doba návratu k práci a plnej fyzickej aktivite? My sme sa o to pokúsili a zistili sme, že pre 40 % našich pacientov bola veľičina PN nezáujímavá, pretože tretina ju z rôznych dôvodov nečerpala a ďalších 7 % nastúpilo doprúce hneď po operácii. Ale čo je horšie, nikto z reformátorov zdravotníctva sa celých 12 rokov čo som sa venoval laparoskopickej chirurgii nezáujímal o vzájomné súvislosti s dĺžkou hospitalizácie, hoci už sa začalo hovoriť o jednoduchovej chirurgii, dĺžkou PN, návratu do práce, o celkové náklady na operáciu. Finančné počty končili zväčša pri priamych nákladoch na operáciu a tu je LSK HP celkom slušne handicapovaná. Nechcem teraz polemizovať o mieste, či prioritě jednotlivých plastík inguinálnych hernií. Či je lepšie urobiť Lichtensteinovu plastiku v lokálnej anestézii, či využiť niektorú z tradičných metód, alebo robiť LSK HP. A keď laparoskopicky, tak TAPP (10,11), či TEP (12), alebo TOM ? To by bola na dlhú debatu. Chcem upriamiť pozornosť na kvalitu života po operáciách hernií. V našich končinách nie veľmi preskúmaná veľičina. Európa je na tom o niečo lepšie. V metaanalýze Memona (8) je mierne plus na strane LSK HP. Takže operujeme, monitorujeme, vyhodnocujeme, nazbierajme čísla a potom dajme dohromady

podklady pre evidence based medicine a výjde nám, čo je lepšie.

Keď som pri financovaní, musím sa zmieniť o materiáloch, ktoré určujú cenu plastiky. Vyskúšal som asi všetky siete, ktoré sú na slovenskom trhu, všetky fixačné nástroje a môžem povedať, že najpodstatnejšie rozdiely sú v cenách. Taká, či onaká sieťka, ten, či onen fixačný prístroj, ak je dobre vypreparovaný priestor, uložíte doň akúkoľvek sieťku a zafixujete ju čímkkoľvek. Svoje poznatky by som skôr zaradil do kategórie pocitov, s čím sa mi robilo lepšie, alebo menej dobre. Priznám sa, že favorizujem 5 mm nástroj na fixáciu, ale sieťku si vyberám podľa ceny. Výsledky nie sú závislé na druhu siete a ani na spôsobe jej fixácie. Kumšt je v inom.

Musím však pripomenúť ešte jednu skutočnosť. Vytváranie adhézií po hernioplastikách. Čím dokonalejšia peritonealizácia, tým menej adhézií. Skúsenosť ma naučila, že i špeciálne siete s proklamovane antiadhezívnymi vlastnosťami adhézie spôsobujú. A vedľa urobiť poriadny problém a byť i príčinou k reoperácii. Opatrnosť ani tu nie je nazvyš. Bezpochyby, ideálnou situáciou na ich použitie je recidíva po LSK HP, kde už takmer niet peritonea, ktoré sa dá rekonštruovať.

Nazdávam sa, že už som povedal všetko, čo som tentokrát povedať chcel. Je to možno trochu viac filozofovania, ako by sa na odborný článok patrilo, ale vidí sa mi, že pre niektoré veci nebýva dosť priestoru, preto som si dovolil takúto ľahkovážnosť. To, že som nadšencom laparoskopie a zastáncom LSK HP nemusím ani zdôrazňovať. Uvediem však jeden dôvod, prečo favorizujem beznapätovú plastiku. Citujem: „Naše staré mamy opravovali diery na punčochách tak, že nezošivali okraje otvoru, ale vyplnili ho krížom prešivanými stehmi a vytvorili tým hustú sieť, ktorá otvor vyplnila“ (Pavel Pafko) (9).

Literatúra

1. Bittner, R. a kol.: Laparoskopische Hernioplastik. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1995, 160 s.
2. Čársky, S.: Prietrže. In: Černý J. a kol.: Špeciálna chirurgia 2. Chirurgia brušných orgánov a retroperitonea. Osveta, Martin, 1996, s. 420 - 457
3. Czudek, S.: TOM metóda. In: Czudek, S., Ferencík, O., Koreň, R., Molnár, P., Novotný, J., Šinkovič, L.: Praktický pohľad na riešenie slabínovej prietrže – klasický aj laparoskopický. Marko, Banská Bystrica, 2004, s. 70-78
4. Holéczy, P., Horeličan, D., Malina, J., Novák, P., Holeša, S.: Počiatkové skúsenosti s laparoskopickou inguinálnou hernioplastikou. Lek Obzor, 46, 1997, č. 4, s. 95 – 97
5. Kothaj, P. a kol.: Momenty z dejín slovenskej chirurgie. Prof. Kostlivý, jeho žiaci a nasledovníci. Patria I, 1999, 397 s.
6. Kothaj, P.: Aktuálna situácia v liečbe hernií na Slovensku. Slov Chirurgia, 1, 2004, č. 1, s. 5-9
7. Lichtenstein I. L.: Plastika kýly – nové smery. Nakladatelství a vydavatelství H&H, Jinočany, 1994, 250 s.

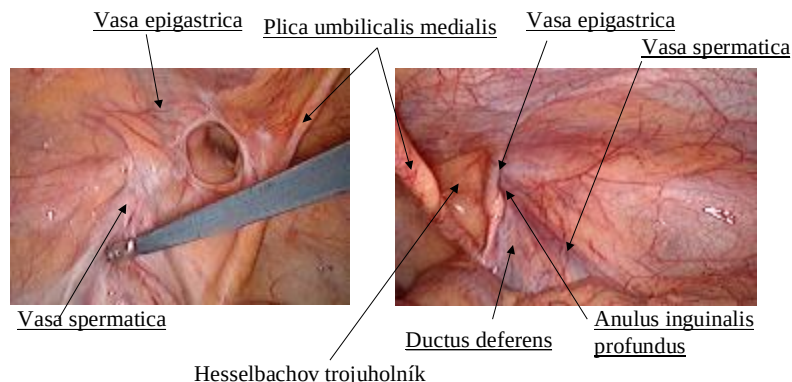
8. Memon,M.A.,Cooper,N.J.,Memon,B.,Memon,M.I.,Abrams,K.R.: Meta-analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic inguinal hernia repair. Brit J Surg,90,2003, č. 12, s.1479-1492
9. Michalský,R.,Pafko,P.,Satinský,I.: Operační léčení tříselné kýly. Grada publishing,Praha, 2000, 181 s.
- 10.Marko Ľ., Molnár P., Kothaj P. : Laparoskopická hernioplastika in Marko Ľ. a spol. : Praktická miniinvazívna chirurgia, Marko, 2001, s. 20-26
- 11.Marko Ľ. : TAPP - metóda laparoskopickej mesh plastiky in Marko Ľ. a spol. :Praktický pohľad na riešenie slabínovej prietrže, Marko, 2004, s. 49-60
- 12.Ferenčík O. : TEP - totálne extraperitoneálny prístup in Marko Ľ. a spol. : Praktický pohľad na riešenie slabínovej prietrže, Marko, 2004, s. 61-69

Obrázková příloha

Anat mia reg. inguinalis

Hernia ing. directa

Hernia ing. indirecta






JAKARTA DIGESTIVE WEEK IV



Update in Gastrointestinal Malignancy

23 - 26 November 2005
Mercurie Convention Center
Ancol, Jakarta

ORGANIZED BY
Division of Digestive Surgery, School of Medicine,
University of Indonesia (RSUP Cipto Mangunkusuma, Jakarta, Indonesia)



Centre of Minimally Invasive Surgery Hospital: Podlasi
Centrum minimalinwazyjnej chirurgii: Nemopolasi

Intensive Courses of Laparoscopic Surgery

Entrance to the Third Anniversary

Intenzivní kurzy laparoskopické chirurgie

vstup do třetího výročí




www.nemopolasi.cz

TERMINY A PROGRAM

Termíny pro rok 2005:

18. - 18. II. 2005
25. - 27. V. 2005
21. - 23. IX. 2005
19. - 21. X. 2006

Předsedáky a porovce se budou týkat obě oblasti lapar a torskochirurgie - chirurgie, kly, žlučového systému, žlučodu, jater, slinivky, žlučníku, chirurgie obecní, endokrinní, ušní, nosní, krční, a další.

Program kardi:

Středa	
08.00	Zahájení
08.05 - 12.00	Předsedáky
12.00 - 13.30	Oběd
13.30 - 17.30	Předsedáky
18.30	Operace do sekulárních možností
19.30	Videa a pohledy na vzhled vzhledu

Čtvrtek

08.00 - 12.00	Předsedáky
12.00 - 13.30	Oběd
13.30 - 17.30	Předsedáky
18.30	Operace do sekulárních možností
19.30	Videa v instituci

Pátek

08.00 - 12.00	Předsedáky
12.00 - 13.30	Oběd
13.30 - 17.30	Předsedáky
18.30	Operace do sekulárních možností
19.30	Videa v instituci

BARIATRICKÁ CHIRURGIE

Bariatrická chirurgie – historie a současnost

Fried M.

Centrum pro léčbu obezity ISCARE

1. lékařská fakulta UK, Praha

Souhrn

V první části článku je souhrnně rozebrán vývoj bariatrické chirurgie v Evropě a USA od jejího vzniku na počátku padesátých let. V historickém přehledu jsou zmíněny různé typy chirurgických zákroků, používané od poloviny minulého století, ve snaze chirurgicky ovlivnit extrémní obezitu. Podrobnější pozornost je věnována zejména obecnému přehledu, vývoji metodiky, indikacím k bariatrickým zákrokům a jednoduché charakteristice malabsorpčních a restriktivních výkonů.

Klíčová slova : Historický vývoj bariatrické chirurgie, chirurgická léčba obezity, gastrická bandáž, laparoskopické operace, malabsorpční a restriktivní výkony

Fried M.**Bariatric surgery - history and present****Souhrn**

The first part of the article is devoted to the development of bariatric surgery in Europe and in the USA from the very first steps at early fifties in the last century. In the historical overview are mentioned various types of surgical approaches introduced by many surgeons to find out the best surgical procedure for morbid obesity. In our article we were focused to present the whole problematic of bariatric surgery in generally, to the development and refinement of the operative techniques, indications to the operations and characteristics of malabsorption and restrictive procedures.

Klíčová slova : Historický vývoj bariatrické chirurgie, chirurgická léčba obezity, gastrická bandáž, laparoskopické operace, malabsorpční a restriktivní výkony

Úvod

Celosvětový prudký nárůst prevalence obezity se stal v posledních patnácti letech velkým sociálně-ekonomickým, společenským i zdravotnickým problémem nejen ve většině evropských zemí a v USA, ale i v mnoha rozvojových zemích. Česká republika se nechvalně řadí na jedno z předních míst ve výskytu obezity v Evropě. WHO vyhlásila obezitu pro její dalekosáhlé zdravotní a celospolečenské důsledky na za světovou epidemii a boj s ní považuje, podobně jako Evropská unie, za jednu z hlavních priorit. Na léčbu samotné obezity a s ní spojených zdravotních komplikací jsou vynakládány obrovské finanční prostředky v mnoha oborech medicíny, především však v interních oborech, diabetologii, kardiologii, dále pak v gynekologii, ortopedii, neurologii a v neposlední řadě i v chirurgii. Statistická hodnocení úmrtnosti řadí celosvětově obezitu a její komplikace mezi tři nejčastější příčiny smrti u populace mezi 50. a 70. rokem věku. U mladší generace (věková skupina 25-35 letých) závažné formy obezity téměř desetinásobně zvyšují riziko předčasného úmrtí ve srovnání s životní

prognózou stejně starých neobézních. Chirurgické možnosti ovlivnění a léčení obezity se staly v posledních patnácti letech jedním ze základních a úspěšných léčebných postupů, nabízejících dlouhodobé, trvalé a výrazné hmotnostní úbytky v léčbě především těžkých forem nadváhy. Chirurgové z celého světa se sdružili ve dvou největších a nejvýznamnějších bariatrických společnostech - IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity) a ASBS (American Society for Bariatric Surgery). Obě společnosti úzce spolupracují a je tomu již více než 10 let, co vytvořily dodnes všeobecně mezinárodně uznávaná indikační kritéria pro pacienty podstupující bariatrický výkon.

Základními kritérii pro indikaci pacienta k bariatrickému výkonu je :

neúspěšný pokus o redukci nadváhy konzervativním způsobem v anamnéze a BMI>35 s přidruženými komorbiditami (například DM 2. typu, hypertenze, poruchy nosných kloubů, závažné dyslipidémie apod.) a nebo BMI>40 i bez komorbidit. (Kontraindikacím bariatrických operací a multi-disciplinárnímu vyšetření pacienta, volbě nejvhodnějšího typu operačního

zároku, před- a pooperační péči, dlouhodobým výsledkům a další problematice se budeme věnovat v některém z následujících příspěvků). Systematické bádání na poli bariatrické chirurgie se datuje do padesátých let minulého století, kdy K. Kremen a J. Linner v USA v roce 1954 publikovali práci o možném ovlivnění obezity tak zvaným jejunoileálním bypassem. Podle dostupných literárních údajů však již dva roky před nimi V. Henriksson v Gothenbergu ve Švédsku provedl resekci části tenkého střeva u obézního nemocného ve snaze o zkrácení absorpční délky trávicí trubice. Vzhledem k velkému počtu metabolických komplikací po těchto výkonech pokračovalo hledání méně „agresivní“ chirurgické léčby (1) (Obr.1).

Na pole chirurgie obezity tehdy vstoupila jedna z nejvýznamnějších postav její historie, E.E. Mason z univerzitní nemocnice v Iowa, USA. V letech 1966 -1980 prof. Mason postupně experimentálně vyzkoušel, zavedl do klinické praxe a celosvětově rozšířil metodu gastrického bypassu (1966), horizontální gastroplastiky (1971) a vertikální gastroplastiky (1980) – (Obr.2,3,4). Vertikální gastroplastika se pro své dobré výsledky užívá dodnes jako jedna z možných, restričních chirurgických metod léčení obezity (2,3). Od poloviny sedmdesátých let se bariatrická chirurgie vydává dvěma zcela odlišnými, fyziologicko-chirurgickými směry. Oddělují se od sebe zákroky malabsorpční a restriční. Základním prvkem malabsorpčních zákroků, jejichž velkou postavou a propagátorem se stává N.Scopinaro (Univerzitní nemocnice St.Martino, Janov, Itálie), je chirurgický výkon, který vyřadí určitou délku zažívacího traktu z procesu trávení a vstřebávání potravy. Tím se sníží jak míra trávení, tak i možnosti resorpce. Scopinaro v květnu 1976 uskutečnil a do běžné praxe zavedl, po dvouletém experimentálním období, zatím nejradikálnější (a dosud stále prováděnou – Itálie, USA, Kanada...) operaci pro obezitu – biliopankreatickou diverzi-BPD (4) (Obr.5). Od tohoto výkonu postupně vznikla celá řada modifikací, nicméně vycházejících vždy z principu Scopinarovy operace. Výhodou malabsorpčních výkonů je jejich vysoká účinnost a to i v případech, kdy pacient žádným zásadním způsobem nedodrží dietní režim. Jejich nevýhodou je trvalý a nevratný zásah do trávicího traktu (resekce žaludku, někdy i části střeva) a nutnost, často doživotní suplementace vitamíny a minerály. Stejně tak má pacient po malabsorpčních výkonech zrychlenou pasáž, spojenou s 6 i více řídkými, páchnoucími stolicemi denně. Schéma účinku malabsorpčních výkonů zobrazuje GRAF 1.

Na druhém pólu se objevuje snaha po maximálně šetřícím a pokud možno reverzibilním, restričním (omezujícím množství přijímané potravy) zákroku. Mezičelistní fixace drátem, používaná krátce na konci sedmdesátých let dvacátého století, neměla samozřejmě delšího efektu, kromě toho byla spojena i s celou řadou přidružených komplikací. Ve stejném období se začalo, ve snaze zmenšit objem žaludku, i s používáním intragastrických balónů. Používaly se balóny z nejrůznějšího materiálu, od obyčejných dětských nafukovacích balónků, přes balóny z permanentních silikonových katetrů, až po silikonové prsní implantáty. Později byly vyvinuty speciálně k tomuto účelu určené, intragastrické balóny, které se používají dodnes, avšak v relativně velmi omezených, speciálních indikacích. Jednou z nich je nutnost zhubnutí několika (až desítek) kilogramů před dalším, plánovaným bariatrickým zákrokem. Balón se zavádí gastrofibroskopicky 3-6 měsíců před následným chirurgickým zákrokem. Ztráta části nadhmotnosti před samotnou operací může u některých pacientů výrazně usnadnit samotný operační zákrok, ale i zlepšit pooperační průběh a rekonvalescenci. Základním principem účinných chirurgických restričních bariatrických výkonů, je zmenšení objemu proximální části žaludku tak, aby i po snědení pouze malého množství potravy měl pacient dostatečně rychle a dlouho pocit sytosti. Pocit nasycení je přitom zprostředkován signály z rozeptaté stěny proximální části žaludku právě malým množstvím potravy (GRAF 2). Pomineme-li snahy z poloviny sedmdesátých let minulého století o zmenšení žaludku jeho sevřením do jakéhosi krunýře z plastu, či „zabalení“ do Marlexové sítě, a podobně zcela neúspěšné snahy o zmenšení jeho objemu horizontálním předělením tuhou svorkou s asi 10mm průchodem uprostřed předělení, reálná snaha o restriční výkon se objevila ve formě tak zvané bandáže žaludku. Nejprve jako neadjustabilní - L.Wilkinson USA (1978) (Obr.6) a později adjustabilní P.Frosell, Švédsko (1984) a L.Kuzmak, USA (1986) (Obr.7) gastrické bandáže (5,6).

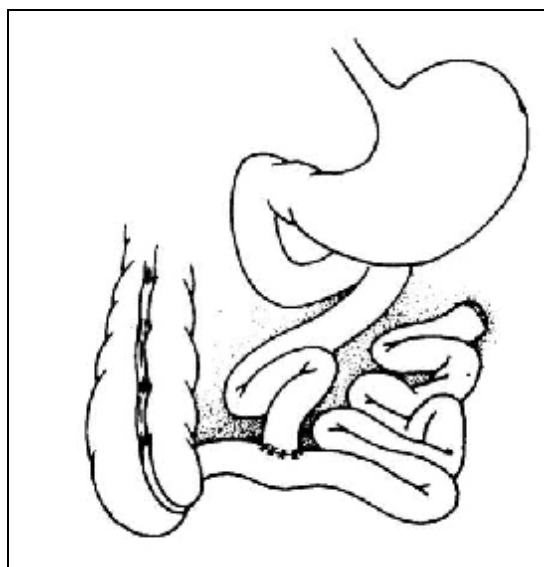
Obecný princip bandáže žaludku spočívá v zavedení manžety (bandáže) kolem dokola proximální části žaludku – 1 až 2 cm pod gastroesofageálním přechodem a v oblasti Hissova úhlu a jejím stažení na průměr cca 10-12mm. Žaludek je tak stažen do tvaru nesymetrických přesýpacích hodin, kdy jeho proximální, menší část, má objem kolem 30 ml. Výhodou restričních výkonů je jejich relativní jednoduchost a v případě nutnosti, téměř plná

anatomická i funkční reverzibilita. Většina pacientů není ohrožena vitamínovou či minerálovou deficiencí. Nicméně hmotnostní úbytky po restriktivních výkonech jsou z velké části závislé na spolupráci nemocného v pooperačním období, především na jeho schopnosti omezit se (i přesto, že má brzký pocit sytosti), v množství (objemu) přijímané potravy. Nedodržování této podmínky vede nejen k nižším, či dokonce k žádným váhovým úbytkům, ale může také způsobit závažné chirurgické komplikace. V roce 1974 tedy L. Wilkinson zahájil experimentální operace s neadjustabilní gastrickou bandáží na zvířatech a v listopadu 1978 provedl tutéž operaci u obézního nemocného. Wilkinson se však zanedlouho přestal bariatrické chirurgii věnovat. Jeho následovník M. Molina (Houston, USA) pokračoval v technice laparotomické neadjustabilní gastrické bandáže od roku 1980 až do své smrti před několika lety (7). Stejně tak, skupiny kolem Forsella a Kuzmaka pokračovaly v rozvíjení techniky adjustabilní bandáže žaludku. Pravděpodobně první bariatrický výkon v tehdejší Československu provedli na začátku 80. let v krčské nemocnici v Praze skupina MUDr. Sváčka a kol. Profesorka Pešková začala s operacemi pro obezitu (vertikální gastroplastiky

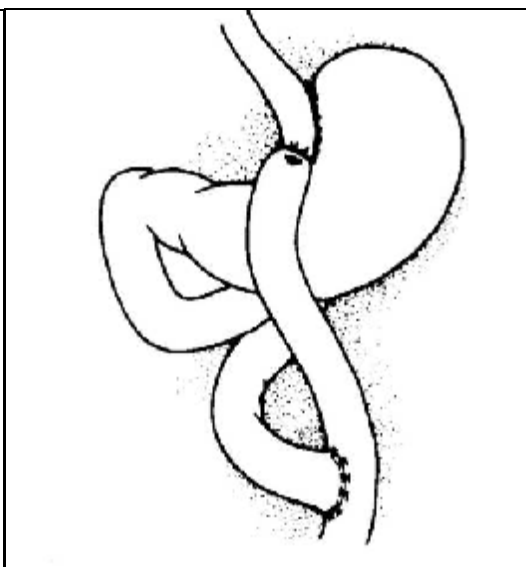
a neadjustabilní bandáže žaludku) na I. chirurgické klinice v Praze v polovině osmdesátých let. S nástupem laparoskopické chirurgie koncem osmdesátých let se objevila i otázka možného využití miniinvazivního přístupu v chirurgii extrémní obezity. I přesto, že v prvních letech po zavedení laparoskopie byl vysoký stupeň obezity všeobecně považován za jednoznačnou kontraindikaci laparoskopických výkonů, doc. Fried zahájil na I. chirurgické klinice v Praze v roce 1991 experimentální práce s cílem stanovit možnosti využití laparoskopických metod právě v bariatrické chirurgii.

Výsledkem tohoto výzkumu bylo prioritní provedení laparoskopické neadjustabilní bandáže v červnu 1993 (M. Fried, M. Pešková.). Na podzim 1993, vzhledem k významu nově vypracované metodiky operace, byla přednáška o tomto postupu přijata nad rámec již schváleného programu na Eurosurgery Congress (Londýn, Velká Británie), stejně tak, jako v červnu 1994 na kongres Americké společnosti pro bariatrickou chirurgii - ASBS (Seattle, USA), kde byly prezentovány také zkušenosti a práce dalších autorů, kteří se věnovali problematice provedení laparoskopické adjustabilní bandáže (M. Belachew, Huy, Belgie) a jiní (8,9,10).

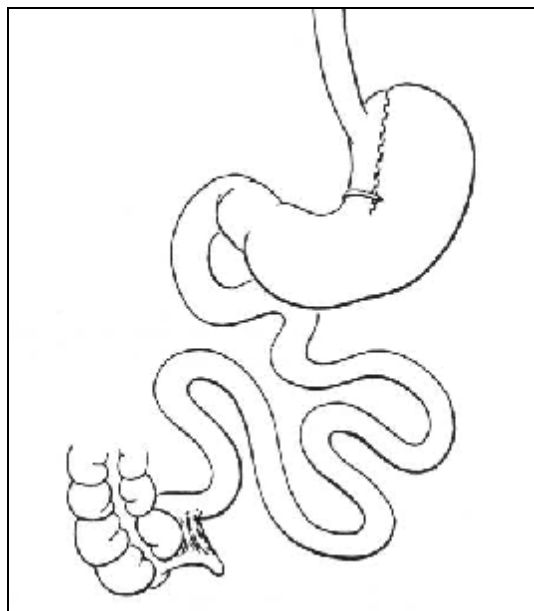
Obrázková příloha



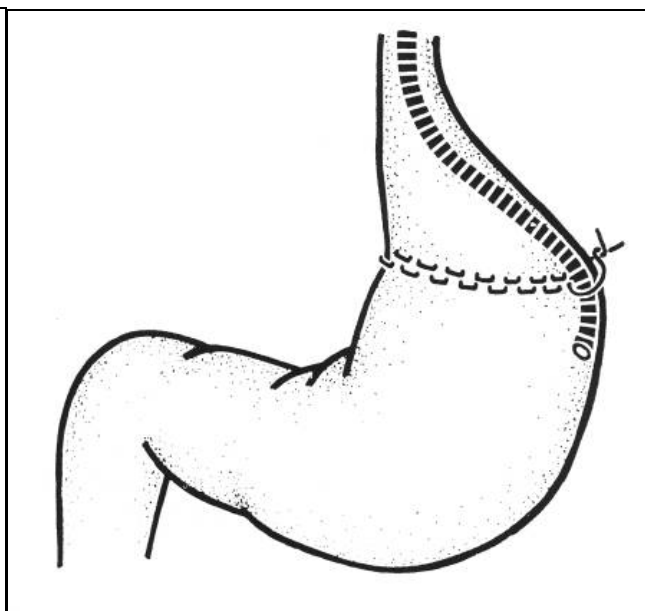
Obr. 1 Jejunoileální bypass



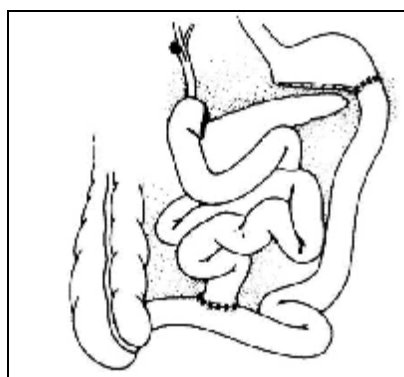
Obr. 2 Gastrický bypass



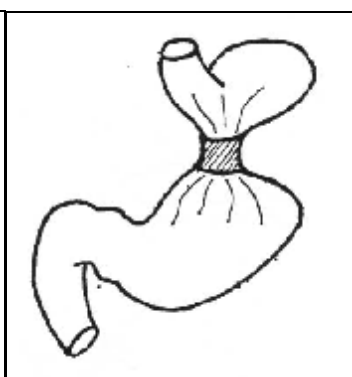
Obr. 3 Horizontální gastroplastika



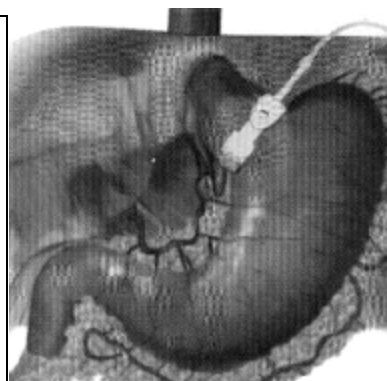
Obr. 4 Vertikální gastroplastika



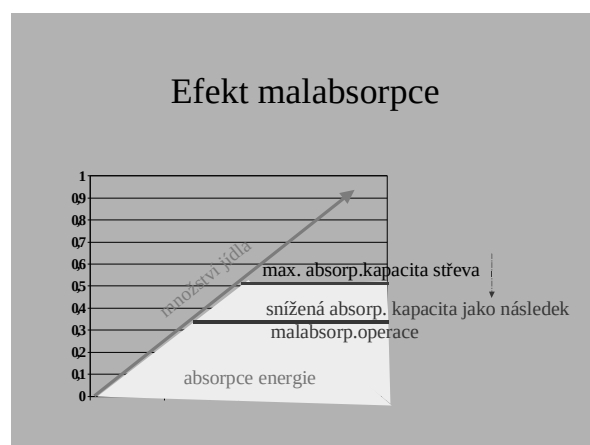
Obr. 5 Biliopankreatická diverze



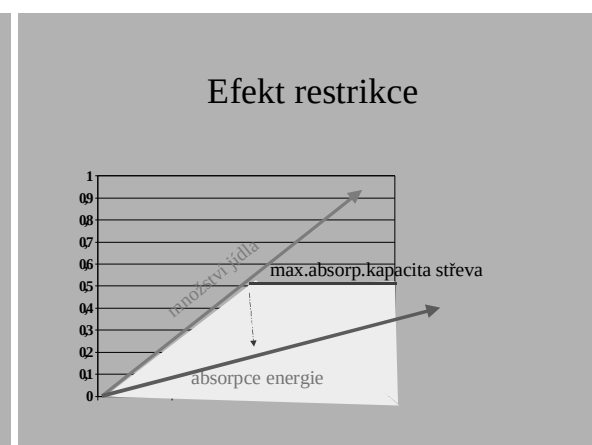
Obr. 6 Neadjustabilní gastrická bandáž



Obr. 7 Adjustabilní gastrická bandáž



Graf 1



Graf 2

Literatura

1. Scott HW, Jr, Dean RH, Shull HJ et al. Results of jejunoileal bypass in two hundred patients with morbid obesity. Surg Gynecol Obstet 1977; č.145 s.661-3
2. Mason EE. Morbid obesity. Use of vertical banded gastroplasty. Surg Clin North Am 1987 č.67 s.521-6
3. Sugarman HJ, Starkey JV, Birkenhauer R. A randomized prospective trial of gastric bypass versus vertical banded gastroplasty for morbid obesity and their effect on sweets versus non-sweet eaters. Ann Surg 1987 č.205 s.613-24
4. Scopinaro N, Gaineta E, Civaleri D et al. Bilio-pancreatic by-pass for obesity: II. Initial experience in man. Br J Surg 1979 č.66 s.619-20
5. Wilkinson LH, Peloso OA. Gastric (reservoir) reduction for morbid obesity. Arch Surg 1981 č.116 s.602-5
6. Kuzmak LT. Silicone banding: A preliminary report. Proceedings of the first annual meeting of the American Society for Bariatric Surgery, Iowa City, 1984 s.127
7. Molina M. Gastric banding-Texas. Proceedings of the first annual meeting of the American Society for Bariatric Surgery, Iowa City, 1984 s.129
8. Fried M, Peskova M. New approach in surgical treatment of morbid obesity: Laparoscopic gastric banding. Obes Surg 1995 č.5 s.74-6
9. Belachew M, Legrand M, Vincent V et al. Laparoscopic placement of adjustable silicone gastric band in the treatment of morbid obesity: How to do it. Obes Surg 1995 č.5 s.66-70
10. Favretti F, Cadiere GB, Segato G et al. Laparoscopic placement of adjustable silicone gastric banding: Early experience. Obes Surg 1995 č.5 s.71-3
11. Fried M. Open and laparoscopic non-adjustable gastric banding. In: Deitel M, Cowan GSM, eds, Update: Surgery for the morbidly obese patient. FD-Communications Inc. Toronto, Canada 2000:333-50

Doc.MUDr.Martin Fried, CSc.,

Centrum pro léčbu obezity ISCARE, Mochovská 38, Praha 9, 1. lékařská fakulta UK, ČR



**10th Congress of the
International Federation for the Surgery of Obesity**
19th International Symposium on Obesity Surgery (ISOS)
August 31st – September 3rd, 2005
Maastricht, The Netherlands

CALL FOR ABSTRACTS

Abstract Submission – Deadline April 1st 2005
Submissions only online: www.ifso2005.nl go to Abstract Submission

The international Federation for the Surgery of Obesity (IFSO) invites you to submit original work to be presented at the 10th world congress of the IFSO in Maastricht, The Netherlands. Papers can be submitted for full or brief presentations, poster presentations or Video presentations. A list of topics can be found on the Website:

Video Submission
For evaluation videos must be mailed to the congress office: CAL (see www.IFSO2005.nl website for Address), before April 30th. The abstract that describes the video must be submitted through the website BEFORE April 1st. Both video tapes (PAL or NTSC, VHS or sVHS) and CD Rom or DVD's are acceptable. Language must be English.

Online Registration
Early registration is now also possible. You will receive special discounted rates, early registration deadline is April 30th. Later registration results in increased registration fees. To save money register before April 30th, 2005!

Further information:
WWW.IFSO2005.NL

HRUDNÁ CHIRURGIA

Naše zkušenosti s miniinvazivním ošetřením otevřeného poranění hrudníku

Melichar V., Vrástýk J.

Pracoviště : Úrazová nemocnice , Brno, Ponávka 6

Primar chirurgické základny – MUDr.Jiří Vrástýk

Souhrn

Autoři uvádějí své zkušenosti s léčením otevřených poranění hrudníku u 63 pacientů hospitalizovaných v Úrazové nemocnici v Brně od 1.1.2001 do 31.12.2003. Ve 2/3 případů se jednalo o penetrující poranění. Ve 12-ti případech byla dostatečným výkonem revize rány a hrudní drenáž, u 15-ti pacientů bylo využito miniinvazivní techniky /VTS/ a u 14-ti pacientů byla provedena torakotomie. Autoři demonstrují algoritmus ošetření otevřeného poranění hrudníku u oběhově stabilního pacienta, který využívají v Úrazové nemocnici. Důraz je kladen na rychlé rozhodování a adekvátní léčebný postup podle primárního či sekundárního vyšetření pacienta. Autoři předkládají kazuistiky 3 pacientů , které úspěšně řešili miniinvazivním způsobem.

Klíčová slova : otevřené poranění hrudníku, algoritmus ošetření, torakoskopie

Melichar V., Vrástýk J.

Our experience with mini-invasive treatment of open thoracic injuries

Summary

Authors inform about their experience with treatment of open thoracic injuries in 63 patients hospitalised in the Traumatological Hospital of Brno from 01.01.2001 to 31.12.2003. Two thirds of injuries were penetrating. The revision of the wound and thoracic drainage was satisfactory treatment in 12 cases, the mini-invasive technique (VTS) was used in 15 patients and the thoracotomy was performed in 14 patients. Authors demonstrate the treatment algorithm, used in the Traumatological Hospital of Brno in circulatory stable patients with open thoracic injury. The quick decision and adequate therapeutic approach regarding to primary or secondary examination of the patient are emphasised. Authors present case reports of 3 patients, treated successfully by the mini-invasive method.

Key words : open thoracic injury, treatment algorithm, thoracoscopy

Úvod

Problematika penetrujících poranění hrudníku vykazuje vzestupný trend v důsledku narůstající kriminality (4, 6, 10). Penetrující poranění hrudníku mají zpravidla dramatický průběh a mohou v některých případech rychle vést k fatálnímu konci. Příčinou bývá masivní krvácení do pleurální dutiny a perikardu nebo rychle narůstající tenzní pneumotorax. U převážné většiny pacientů je však dostatečným výkonem hrudní drenáž (8, 9). Cílem práce je demonstrace našich zkušeností při ošetřování otevřených poranění hrudníku a přehodnocení vlastního algoritmu ošetření těchto poranění s přihlédnutím k možnostem miniinvazivního ošetření.

Klinický materiál

Od 1.1.2001 do 31.12.2003 bylo v Úrazové nemocnici v Brně hospitalizováno celkem 63 pacientů s otevřeným poraněním hrudníku / tabulka 1 /. V 66,6 % se jednalo o penetrující poranění. V 6-ti případech šlo o střelné poranění, v 57 případech o poranění bodné. Poměr mužů k ženám byl 5 : 1, při průměrném věku pacientů 38 roků.

Nejčastější příčinou těchto poranění byly úrazy kriminální (74,6%) - tabulka 2.

Při ošetření našich pacientů jsme ve 21 případech provedli pouze revizi a lokální ošetření rány, kdy se penetrace neprokázala.

15 pacientů jsme ošetřili miniinvazivně (VTS, VATS) - tabulka 3.

Bodná a střelná poranění, / ÚN, Brno, 1.1.2001 – 31.12.2003 /

penetrující	42	
nepenetrující	21	
celkem		63
muži : ženy		5 : 1
věk		15 - 73
průměrný věk	38	

Tab. č. 1

Druh úrazu

kriminální	47
dopravní	7
domácí	5
pracovní	3
iatrogenní	1

Tab. č. 2

Druh ošetření

revize rány	21
revize rány + drenáž	12
VTS + drenáž	11
VATS + drenáž	4
torakotomie urgentní	10
torakotomie odložená / 6h /	4

Tab. č. 3

Kazuistiky

Pacient č.1 :

34 letý muž byl poraněn na levé straně hrudníku odraženou střelou z pistole ráže 9milimetrů (obrázek 1 a 2). Do nemocnice byl přivezen 20 minut po úrazu. Byl oběhově stabilní, bez známek výraznějšího poranění nitrohrudních orgánů. Byla provedena rtg dokumentace a základní předoperační vyšetření. Za 25 minut od přijetí byla provedena operace. Vzhledem k oběhové stabilitě a minimálním subjektivním obtížím jsme provedli diagnostickou videotorakoskopii /VTS/. V levé pleurální dutině bylo minimální množství krvavého výpotku, bez zřejmých známek poranění nitrohrudních orgánů a mediastina. Byly zavedeny další 2 pomocné porty, lokalizován a následně extrahován deformovaný projektil. Následoval výplach pleurální dutiny a drenáž. Pacient byl po 4 dnech propuštěn do domácího ošetření.

Pacient č. 2 :

28- letý muž byl poraněn kuchyňským nožem na levé straně hrudníku ve 23,30hod svojí přítelkyní. Byla provedena rtg dokumentace a zavedena hrudní drenáž. Pacient byl oběhově stabilní. Vzhledem k našim zkušenostem a

zavedeným algoritmům ošetření jsme stav řešili následující den torakoskopicky —za 11,5 hodiny od úrazu. Byla provedena VTS a lokalizován zdroj krvácení – jednak bylo krvácení z poraněné stěny hrudní, ale také došlo k poranění perikardu. Toto jsme ošetřili elektrokoagulací. Následovala toilette levé pleurální dutiny – odsátí krve, výplach a cílená drenáž (2drény). Délka hospitalizace byla 7dní.

Pacient č. 3 :

25 letý muž si poranil doma levou stranu hrudníku při úderech sekerou na kovový klín. Drobná okuj (obrázek 3) mu proletěla do levé pleurální dutiny a poranila 2 segmenty plic. Stav zpočátku také řešen hrudní drenáží a následně (15 hodin od úrazu) provedena VTS. Při operaci bylo identifikováno poranění dolního i horního laloku levé plic (obrázek 4), které nebylo provázáno ani větším krvácením či únikem vzduchu. V levé pleurální dutině byly plošné srůsty (pravděpodobně po předchozím úrazu či zánětu). Tyto jsme nejdříve přerušili za pomoci harmonického skalpelu. Pak jsme identifikovali poranění, segmentů levé plic, bez nutnosti jejich ošetření. Dále byla extrahována okuj – 8x8mm, výplach a drenáž pleurální dutiny. Délka hospitalizace byla 6 dní.

Diskuse

Obvykle podíl pacientů vyžadující větší zákrok než hrudní drenáž při penetrujícím poranění hrudníku je asi 15%. Většinu těchto případů tvoří pacienti s poraněním srdce a velkých cév (4, 6).

Bodná poranění ve srovnání se střelnými poraněními vykazují méně průvodních komplikací. Střelná poranění hrudníku jsou často provázena otevřeným pneumotoraxem a těžkým poraněním plic. V některých případech, při zajištění určitých podmínek, můžeme využít jak diagnosticky, ale i terapeuticky miniinvazivní torakoskopické techniky (1, 2, 3, 5, 7). Podmínky k provedení těchto výkonů jsou :

- pacient hemodynamicky stabilní
- možnost selektivní plicní ventilace
- volná pleurální dutina
- adekvátní technické vybavení
- odborná a praktická erudice.

Indikace k torakoskopickým výkonům jsou :

- 1, časné – krvácení nemající oběhovou odezvu

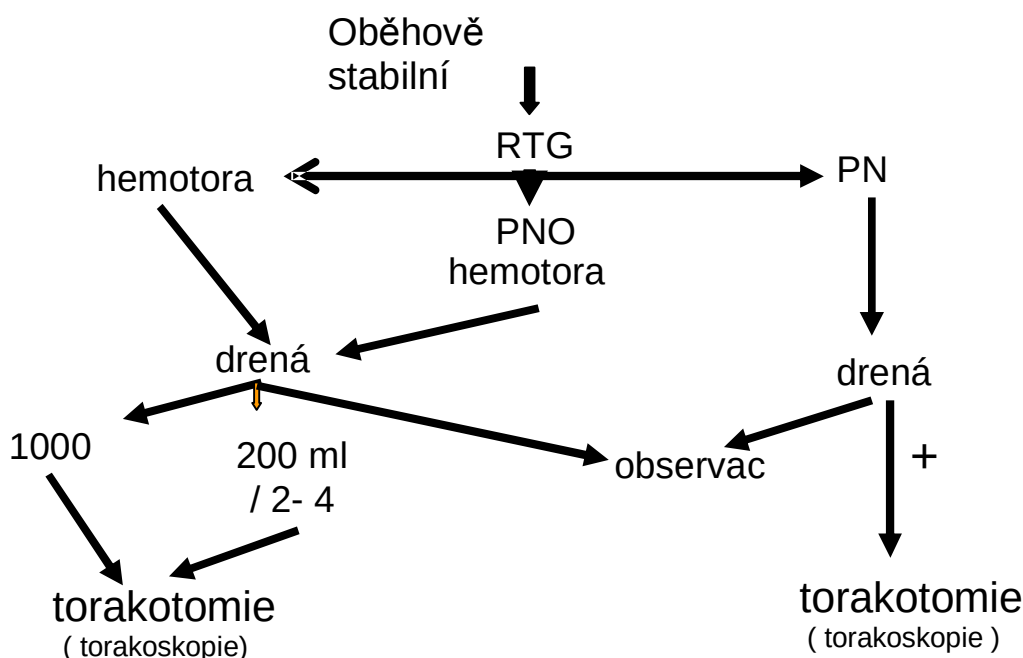
- únik vzduchu bez vlivu na dýchání
- potencionálně – posouzení rozsahu poranění plic, mediastina, bránice a cizí tělesa
- 2, pozdní – retinovaný hemotorax, koagula
- pokračující únik vzduchu drénem
- problémy s reexpanzí plic

Algoritmy ošetření a indikace k chirurgickému ošetření jak tupých tak otevřených poranění hrudníku jsou všeobecně známy. Pro ilustraci demonstrujeme algoritmus ošetření otevřených poranění hrudníku, který využíváme v našem ústavu (obrázek 5).

Většina těchto pacientů je přivezena do nemocnice po pracovní době, kdy primární ošetření zajišťuje služba. Složení lékařů pak více méně rozhoduje o dalším ošetření :

- 1, revize rány
- 2, revize rány + hrudní drenáž
- 3, VTS, VATS
- 4, torakotomie - event. přivolání lékaře s větší zkušeností v hrudní chirurgii

PENETRUJÍCÍ PORANĚNÍ HRUDNÍKU



obr. 5 Algoritmus ošetření otevřeného poranění hrudníku

Závěr

U převážné většiny pacientů s penetrujícím poraněním hrudníku je dostačujícím výkonem lokální ošetření rány a hrudní drenáž. U zbývajících malého procenta poraněných je rozhodující zvážení nutnosti urgentní torakotomie, vyhodnocení nitrohrudního nálezu a volba adekvátního postupu. Za určitých podmínek je možné provést ošetření takového poranění i pouze miniinvazivní technikou. Torakoskopie umožňuje:

toiletu pleurální dutiny a cílenou drenáž

vyhnutí se zbytečné torakotomie
přesnější indikaci torakotomie
prevenci – sekundární infekce retinovaného hemotoraxu

- fibrotoraxu.

Tyto výkony by měl provádět chirurg s torakoskopickou a torakochirurgickou erudicí, schopný nejen zvládnout výkon po technické stránce, ale zejména správně interpretovat endoskopický nálezu a vyvodit z něho správné léčebné konsekvence.

Literatura

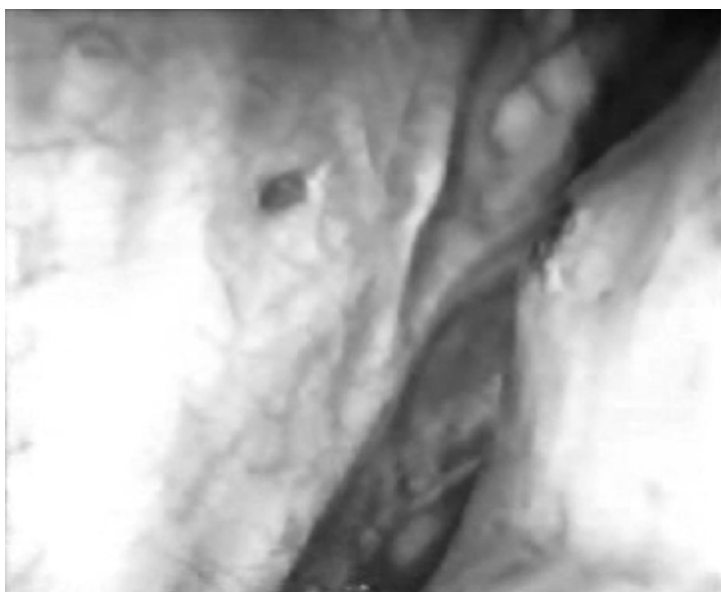
1. Bartek, J.P., Grash, A. et al.: Thoracoscopic retrieval of foreign bodies after penetrating chest trauma. *Ann Thorac Surg* 63, 1997, č. 6, s. 1783 – 1785
2. Brusov, P.G., Kuritsyn, A.N. et al.: Operative videothoracoscopy in the surgical treatment of penetrating firearms wounds of the chest. *Mil. Med.* 163, 1998, č. 9, s. 603 – 607
3. Dieter, R.A. et al.: Complications and contraindications of thoracoscopy. *Int. Surg.* 1997, Vol. 82, č. 3, s. 232 – 239
4. Fabbri, C., Mazieri, M. et al.: Penetrating wounds of the thorax. *Minerva Chir.* 51, 1996, č. 10, s. 805 – 808
5. Frame, S.B. et al.: Thoracoscopy for trauma. *Int. Surg.*, 1997, 82, č. 3, s. 223 – 228
6. Inci, I., Ozcelik, C. et al.: Penetrating chest injuries: unusually high incidence of high – velocity gunshot wounds in civilian practice. *World J. Surg.* 22, 1998, č. 5, s. 438 – 442
7. Lang – Lazdunski, L., Chapuis, O., Pons, F. et al.: Videothoracoscopy in thoracic trauma and penetrating injuries. *Annales de chirurgie* 128, 2003, 2, s. 75 – 80
8. Lesser, T. et al.: Value of thoracoscopy trauma – initial experiences. *Zentralbl. Chir.*, 1997, roč. 122, č. 8, s. 661 – 665
9. Robin-Lersundi, A. et al.: Penetrating chest gunshot wounds : conservative treatment. *Surgical endoscopy*, 17, 2003, 10, s. 1677
10. Velmahos, G.C., Demetriades, D. : Early thoracoscopy for the evacuation of undrained haemothorax. *Eur J Surg*, 1999, 165 /10/, s. 924 - 9

Obrázková příloha

Obr.1 a 2 – pacient č.1



Obr. 3 pacient č.3 (okuj)



Obr.4 Pacient č.3 (poranění stěny hrudní a dolního laloku levé plicé

ORGANIZING COMMITTEE OF THE VIIth POLISH-CZECH-SLOVAK INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF VIDEOSURGERY AND XIth SYMPOSIUM OF THE SECTION OF THE VIDEOSURGERY OF THE ASSOCIATION OF POLISH SURGEONS  18 89 1991  KONIN Regional Hospital Konin Foundation Of Health Care "Sanus" bank account 88 109011990000 0000 1900 2856 THE SECRETARY OF THE SYMPOSIUM CN Public Relations Tel.: +48 63 243 86 60 Fax: +48 63 243 86 60 62-510 Konin, ul. Spółdzielców 3 www.szpital-konin.pl/sympozjum e-mail: sympozjum@szpital-konin.pl	The Section Of The Videosurgery Of The Association Of The Polish Surgeons Regional Hospital Konin  VIIth POLISH-CZECH-SLOVAK INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF VIDEOSURGERY XIth SYMPOSIUM OF THE SECTION OF THE VIDEOSURGERY OF THE ASSOCIATION OF POLISH SURGEONS    KONIN - LICHEN 27-29 APRIL 2005
--	---

VŠEOBECNÁ CHIRURGIA

Idiopatické střevní záněty- profil chirurgicky řešených nemocných

I. Morbus Crohn

Krška Z., Šváb J., Lukáš M., Pešková M.

I. chirurgická klinika VFN a UK Praha

IV. interní klinika VFN a UK Praha

Souhrn

Autoři předkládají základní sumarizovaný přehled problematiky nespecifických střevních zánětů (ISZ) s výraznou akcentací chirurgických možností řešení uvedených stavů. Jsou uvedeny základní literární poznatky o příčinách, výskytu, formách patologické anatomii, klinické manifestaci, diagnostice a způsobech léčby ISZ-opět s důrazem na způsoby chirurgické léčby. S těmito údaji je konfrontován vlastní pětiletý soubor chirurgicky řešených 271 pacientů s Morbus Crohn či colitis ulcerosa. Pacienti s indeterminantní kolitidou (16) byli z analýzy vyřazeni. Práce je řazena pro přehlednost do dvou samostatných článků. První článek je věnován Morbus Crohn, ulcerosní colitis je analyzována v článku druhém. Články jsou řazeny tak, že nejprve jsou uvedeny základní současné literární údaje o uvedených chorobách a v následné části je uvedena analýza vlastních rozsáhlých souborů posledního období, tak aby mohlo dojít k porovnání údajů s literárními zdroji. Logická akcentace je na chirurgickou stránku problému u obou chorob a to jak v akutní, tak chronické operativě.

Klíčová slova : Morbus Crohn, ulcerosní colitis, chirurgie

Krška Z., Šváb J., Lukáš M., Pešková M.

Idiopathic bowel disease - surgical treatment of illness - I. Morbus Crohn

Summary

The authors present summarized revue about the problematic of idiopathic inflammatory bowel diseases – IBD - (Morbus Crohn and ulcerative colitis). The surgical methods of therapy are discussed especially. Own results from 5 years experiences (file of 271 patients) is confronted with the literature sources. The revue is distributed in two parts. First article describe Morbus Crohn , second ulcerative colitis problematic

Key words : Morbus Crohn, ulcerative colitis, surgery

Úvod

Mezi nespecifické střevní záněty jsou řazeny Morbus Crohn, ulcerosní kolitis a indeterminantní kolitis. V širším významu pak do této skupiny patří ještě mikroskopické kolitidy , kam patří kolagenní kolitida, lymfocytární kolitida, kolitida s minimálními

změnami, perikryptová eosinofilní enterocolitis a Brainerdský průjem. (1,2,20,21)

Metoda

Základní data souboru a způsob analýzy

Použita metoda retrospektivní analýzy dat období 5 let (1999-2003 včetně). Komplexní rozbor problematiky chirurgicky řešených pacientů s idiopatickými střevními záněty (ISZ) -

a to pouze u těch, kde byla lékařská dokumentace kompletní a diagnóza jednoznačně potvrzena histologicky.

Rozboru byly podrobeny diagnózy Morbus Crohn (MC) a ulcerosní colitis (UC). Pro diagnózu Morbus Crohn bylo chirurgicky ošetřeno 202 nemocných, pro diagnózu ulcerosní colitis 69 nemocných. Z dalších metaanalýz byla vyloučena skupina 16 pacientů s diagnózou indeterminantní colitis, která se na celkovém počtu chirurgicky ošetřených nespecifických zánětů (287) podílela 5,6 %. V tomto článku provedena analýza literárních poznatků o Morbus Crohn a rozbor té části vlastního souboru týkající se pacientů s MC.

Morbus Crohn

Toto onemocnění bylo popsáno B.B.Crohnem v roce 1932 jako regionální enteritida. Brooke v roce 1959 a Lockhart-Mummery a Morson v roce 1960 popsali MC v tlustém střevu (1,2,21).

Příčina tohoto onemocnění není známá, byla prověřována celá řada možných vyvolávajících faktorů jako infekční agens, dietní faktory, zevní prostředí, imunologické vlivy, genetické či cévní alterace.

U nemocných s CN je výrazněji vyjádřena porucha regulace slizniční imunitní reakce, jejímž důsledkem může být nepřiměřeně silná a trvalá imunní odpověď na běžné antigenní podněty, které u zdravých lidí zůstávají bez odezvy. Postavení imunitního systému je v etiologii CN významné, ne však zřejmě dominantní. Imunitní reakce mohou za určitých okolností v jistých fázích nemoci přispívat ke zhoršení zánětu, nemohou však vysvětlit vznik nemoci. Významná je úloha dědičnosti v etiologii idiopatických střevních zánětů. Při scanování genů se soustřeďuje pozornost na chromozomy 3, 6, 7, 12 a 16. Existují hypotézy o společných genech pro CN i ulcerózní kolitis právě na 3, 7 a 12 chromozomu (1). Hypotetický primárně infekční původ nemoci je pravděpodobnější u CN než u UC. Pozornost se soustřeďuje na mycobacterium paratuberculosis, paramyxoviry a listeria monocytogenes. Lze m.j. usuzovat, že stimulační bakteriální produkty aktivují makrofágy a T lymfocyty k uvolnění proinflammatorních cytokinů, což vede v intercelulárním prostoru k vzestupu produkce a uvolnění chemických mediátorů zánětu.

Jiná řada studií napovídá, že CN je typem granulomatosní vaskulitidy. Demonstrují totiž poškození submukosních cév jak u makroskopicky normálního střeva, tak u tkání postižených CN. Většina granulomů je při histologickém vyšetření spojena s cévními anomáliemi, odtud pojem granulomatózní vaskulitida. Z dietních faktorů se pozornost upírala na zubní pastu a křemík. Z vnějších faktorů se nyní pozornost soustředila především na tabák a orální kontraceptiva. Kuřáci mají 2-4 x vyšší pravděpodobnost vzniku CN a přerušení kouření vede k redukci rizika relapsu CN o 40% v průběhu roku. Vliv kontraceptiv je intenzivně zkoumán, je namístě opatrnost u agresivních průběhů CN, kde by tato antikoncepce mohla být dalším nepříznivým faktorem. K možným nepříznivým faktorům vzniku a průběhu CN se může řadit i zvýšená spotřeba rafinovaných cukrů, nižší spotřeba vlákniny a nižší příjem nenasycených mastných kyselin, což se může uplatnit i u UC. Podobně jsou analyzovány

psychosociální faktory, když ISZ se vyskytují častěji u lidí v kancelářích, pracujících duševně a u těch, kteří mají vyšší životní úroveň. Jednoznačný vyvolávající faktor CN však zatím určen nebyl. (1,2,5,20,21,22).

Výskyt CN

Incidence CN v České republice se pohybuje 1,7-2,0 na 100 000 obyvatel s mírnou tendencí k vzestupu, *prevalence* pak 18-22 na 100 000 obyvatel. Onemocnění postihuje převážně mladší věkovou skupinu 25-30 let, někdy udáván bifázický výskyt s další vyšší frekvencí výskytu ve věku okolo 60 let (2,5).

Formy CN

CN je tedy nespecifickým střevním zánětem postihujícím tenké či tlusté střevo nebo obě tato střeva, či některou jinou část trávicí trubice.

Dle anatomické lokalizace je CN klasifikována na

1. ileitidu, jejunoileitidu (20-25% případů),
2. ileokolitidu (45%),
3. kolitidu (30%),
4. anorektální onemocnění (30-40 %)-často sdruženě s ileokolitidou,
5. postižení appendixu (50%),
6. postižení orální a ezofagogastroduodenální, které je méně časté.(1,2,5,21)

Patologická anatomie

Prvním, málokdy zastizitelným projevem CN je zarudnutí (lokalizovaný erytém), které prochází v aftoidní vřídky pod nimiž jsou lymfoidní agregáty. V lymfoidních foliklech a Peyerských plátech lze tedy očekávat iniciální změny, ve smyslu zduření a zvředovatění. Typické aftoidní vředy obsahují sarkoidní granulomy. V dalším průběhu zánět postihuje již všechny vrstvy stěny, vředy na rozdíl od UC pronikají do hloubky jako trhliny (figury) a oddělují zduřelou sliznici mezi nimi tak, že vzniká typický obraz „dlažby „ (cobblestone). Sliznice na rozdíl od UC není postižena sliznice difúzně, mezi vředy jsou zachovány ostrůvky zachovalé sliznice. Postižený úsek střeva je ztlustěn, zánět se propaguje až na serózu a postihuje regionální lymfatické uzliny, které jsou výrazně zvětšeny a často obsahují granulomy. Důsledkem procesu je zúžení střevního průsvitu, pronikání zánětu do okolních struktur s tvorbou píštěl zevních či vnitřních. Hranice postižených úseků oproti nepostiženým jsou relativně ostré. Postižené úseky jsou střídány nepostiženými - přeskočenými (skip areas), při rozsáhlejších postižení se úseky sbližují, splývají, najít se ale vždy dají ostrůvky zachovalé sliznice. Z dalších histomorfologických charakteristik důležitých pro odlišení CN a UC lze uvést, že u CN je zánět

transmurální, ložiskový, s mírnou hyperémií, lymfoidní hyperplasie je častá a transmurální, edem je výrazný, kryptové abscesy jsou vzácné, granulomy pak časté, fisurální vředy časté, anální léze jsou s granulomy, aftózní vředy jsou časté, zánětlivé pseudopolypy méně časté, pohárkové buňky normální.(1,20,21,24)

Klinická manifestace CN

Klinické projevy CN jsou na rozdíl od UC velmi rozmanité, logicky v závislosti na lokalizaci a rozsahu zánětlivých změn. Nemusí však být vždy přímá korelace mezi stupněm zánětlivých změn a klinickými obtížemi, například u anorektální formy, kde fibrozní stenóza může vyvolat větší symptomatologii než těžký devastující zánět. Při lokalizovaném onemocnění terminálního ilea a při rychlé progresi zánětu se může tento projevít jako akutní syndrom pravé jámy kyčelní. Difúznější postižení tenkého střeva vyvolává průjem, malabsorpci, v případě stenóz pak recidivující poruchy pasáže - subileózní až ileózní stavy s adekvátními klinickými projevy. Při postižení pravého tračníku může vzniknout zánětlivý tumor v pravé jámě, který může vyústit v poruchy pasáže a v píštěle zevní a vnitřní. Při segmentálním postižení levého tračníku může dojít k poruchám střevní průchodnosti, subileóznímu až ileóznímu stavu, při postižení sigmatu a rekta vzniká rektální syndrom s tenesmy a enterorrhagií jako u UC. Při rozsáhlejší či plurisegmentálním postižení může CN, vedle těžké malnutrice, vyústit do závažné sepse (2,5).

Ke *komplikacím* patří píštěle. Tyto obecně mohou vzniknout z kterékoliv části traktu postižené CN a mohou směřovat jako zevní (nejčastěji perianální či enterokutánní), či vnitřní do jiného orgánu, či do jiných částí stejného traktu (enteroenterální, enterokolické, kolokolické, enterovesikální, enterovaginální). Tomu odpovídá i klinická symptomatologie jak lokální, dále pak malabsorbce, průjem, rozvraty metabolické a minerální, vznik ohraničených abscesů, krvácení, uroinfekce a další (2,21). Dalšími komplikacemi je oproti UC vzácnější toxické megakolon. Případy malignizace CN jsou sice popsány, riziko je vyšší než u běžné populace, avšak nižší než u pacientů s UC. Dle některých prací je u CN zvýšené riziko kolorektálního karcinomu (v 50% mucinózní forma), ale i adenokarcinomu ilea (13). K rizikovým faktorům pro vznik karcinomu patří anamnéza CN delší než 20 let, intestinální bypassové operace a chronické píštěle (13). Komplikacemi, či spíše extraintestinálními projevy CN jsou m.j. erytema nodosum, pyoderma gangrenosum, artritida, spondylartritida,

otitis, hepatitis chronica, pericholangioitis (1,2,5,24).

V *dětském věku* má CN negativní vliv především na další vývoj a růst. Ačkoliv většina dětí má lokalizaci CN v ileocékální oblasti (až 80%), je však též popisována vyšší frekvence duodenálního a jejunálního postižení u dětí než u dospělých (30-62%). Z extraintestinálních forem CN v dětském věku je nejčastější seronegativní spondylartróza, která se může projevit významně dříve před diagnózou CN oproti stejné situaci u dospělých. Klinické projevy opět záleží na rozsahu a formě postižení. Vývoj a průběh CN v kterémkoliv věku může být progresivní, stacionární či regresivní, hranice jsou u CN obtížněji stanovitelné než u UC a to pomocí indexů (např. CDAI) nebo nutnosti suportu léků (kortikoidy) (1,2,5,24).

Diagnostika CN je komplexní. Zahrnuje analýzu anamnestických údajů, laboratorní vyšetření, vyšetření endoskopická a radiodiagnostická.

Z laboratorních vyšetření má význam především sedimentace, vyšetření leukocytů a reaktivních zánětlivých proteinů (především CRP).

Endoskopická vyšetření jsou u pacientů s ISZ vyšetřeními základními, především pak vyšetření koloskopické. Slouží jak k primární diagnostice, tak ke sledování stavu, průkazu recidiv zvláště po resekčních výkonech.(1), dále jsou tyto metody využitelné i v terapii při dilataci stenóz. Především v orálních partiích tenkého střeva je využitelná enteroskopie a za určitých okolností (např. vyloučení stenóz) pak i kapslová enteroskopie. V oblasti rekta pak velmi významné místo zastává rektoskopie.

Z radiodiagnostických metod hraje významnou roli, především u akutních stavů, nativní snímek břicha. Z kontrastních vyšetření bylo vyšetření pomocí dvojího kontrastu prakticky vytlačeno endoskopií. Velký význam má u CN pasáž tenkým střevem a především enteroklýza mající větší přesnost a kvalitu zobrazení a pro diagnostiku CN je považována za nejdůležitější a nejpřínosnější. Svoje místo při vyšetření ISZ má i irrigografie, oproti tomu metoda orálního pneumokola byla již opuštěna. Významnou metodou u CN se zevními píštělemi je fistulografie, někdy výhodně kombinovatelná s CT vyšetřením. Velký význam CT je pak především v diagnostice extraluminálních projevů CN a v možnosti navigované punkce abscesů. Krom toho samozřejmě umožňuje zobrazení mezenteria, stěny střeva a cév. Nepatří však k primárním vyšetřením, kam se řadí metody endoskopické a vyšetření baryovou kaší (pasáž, enteroklýza). Nukleární magnetická rezonance též k primárním vyšetřením nepatří,

její přínos se jeví v diagnostice perianálních hnisavých komplikací CN, má též schopnost zobrazovat stěnu střeva. Kromě punkce abscesů může invazivní radiodiagnostika přispět k léčbě stenóz či zastavení krvácení (1,2,3,5,20,21).

Medikamentózní léčba

Terapeutické možnosti pro pacienty s CN zahrnují v případě mírné až středně aktivní formy terminální ileitidy či ileokolitidy lokálně působící kortikoidy v první volbě, či alternativně deriváty ASA. U nemocných s vysokou aktivitou a celkovými projevy sepse je nutná léčba systémově působícími kortikoidy společně s antibiotiky (metronidazol+ ciprofloxacin). V léčbě Crohnovy kolitidy pak lehká až středně těžká aktivita dobře odpovídá na terapii deriváty ASA. Alternativním postupem je dlouhodobá léčba antibiotiky (metronidazol nebo ciprofloxacin). Vlekce aktivní průběh Crohnovy kolitidy vyžaduje podání Merkaptopurinu nebo Azathioprinu. Vysoce aktivní stejná forma pak vyžaduje systémové podání kortikoidů společně s antibiotiky. Alternativním postupem u uvedených aktivních forem CN může být podávání anticytokinů (infliximab). Při postižení rekta, análního kanálu a perinea CN je postupem první volby podání antibiotik v kombinaci s azathioprinem nebo 6-merkaptopurinem, při postižení rekta je navíc vhodná lokální léčba deriváty ASA nebo kortikoidy. V případech vysoké aktivity je možno zkusit sekvenční imunosupresivní terapii (cyklosporin A). Při CN v neobvyklé lokalizaci je základem terapie podávání imunosupresivně působících látek (azathioprin, 6-merkaptopurin eventuálně v kombinaci s kortikosteroidy). Mimostřevní lokalizace nemoci vyžadují systémové podávání kortikoidů, při recidivách imunosuprese (3,6,20,21,22,23).

Chirurgická léčba

Obecnými indikacemi k chirurgické léčbě jsou 1. selhání medikamentózní léčby zahrnující persistenci symptomů při terapii kortikoidy delší než 6 měsíců, rekurence symptomů při aplikaci vysokých dávek kortikosteroidů, zhoršení nebo nové vypuknutí komplikací při maximální medikamentózní léčbě a dále výskyt steroidy indukovaných komplikací, 2. obstrukce intestinální, 3. septické komplikace jako abscesy či zánětlivé tumory intraabdominální, pelvické a perineální dále píštěle a volné perforace, 4. krvácení, 5. karcinom, 6. růstová retardace, 7. fulminantní kolitida s a nebo bez toxického megacolon. Problémem je, že chirurgický výkon nenabízí relativně mladé kohortě pacientů s CN

možnosti definitivního řešení choroby, dále, že většina pacientů se vrací k opakovaným výkonům. Kromě záchrany života na prvním místě, musí chirurg neustále mít jako další hlavní úkol ochranu délky střeva, aby se zabránilo syndromu krátkého střeva, což zvláště při opakovaných reoperacích u aktivních forem a akutních stavů nemusí být úkolem nikterak snadným nejen z důvodů resekce, ale i možných peroperačních poranění i relativně zdravějších segmentů střeva. Jednou z častějších indikací k chirurgické intervenci je obstrukce střevní. Obstrukce je většinou manifestací dlouhodobě probíhajícího onemocnění, které resultuje v jizevnatou stenózu střevního segmentu. Pro tenší průsvit je logicky ke stenózám náchylnější tenké střevo. V typických případech je diagnóza CN známá roky a přes agresivní medikamentózní léčbu nedochází ke zlepšení. Obezřetnost je ale nutná tam, kde se jedná o pacienta s nově diagnostikovanou CN, kde se obstrukce může projevit jako výsledek intraluminálních zánětlivých změn a tudíž iniciální medikamentózní léčba je v těchto stavech plně indikována. Dále je známo, že dokonce u pacientů s jizvou způsobující obstrukci může často nazogastrická dekomprese a zamezení příjmu potravy dočasně vést k parciální rezoluci obstrukce, což umožní následnou předoperační přípravu střeva. Dále je nutné zvažovat těžkou malnutrici u řady pacientů s CN, což rovněž významně ovlivňuje rozsah výkonu a perioperační morbiditu.

Rozšířenou a stále populárnější metodou ošetření stenóz tenkého střeva jsou strikturoplastiky na tenkém střevu. Teprve zánět prostupující celou stěnou může být zaznamenán a proto ke zjištění všech případných striktur je vhodné využít zavedené balónkové sondy z malé enterotomie. Nad zúžením střev jsou v krátkých úsecích prováděny podélné incize na antimezenterální straně a suturovány napříč vstřebatelným materiálem (Heineke-Mikulicz). Strikturoplastiku lze provést spojením podélně rozstřižených partií kliček (Finney) či kombinací uvedených způsobů. Riziko této metody je v možné dehiscenci sutury. Kuriózně právě v místě plastik nedochází k rekurenci CN.

K větším výkonům spojeným se ztrátou střeva patří resekce, nejčastěji ileocékální s anastomózami šitými dle známých zásad koncem ke konci vstřebatelným materiálem. Ileocékální resekce je při postižení terminálního ilea (většinou spolu s Bauhinskou chlopní a často cékem) preferována před dřívější pravostrannou hemikolektomií. V případě postižení několika segmentů tlustého střeva,

neumožňující pravostrannou či levostrannou hemikolektomii lze provést subtotální kolektomii a ileorektoanastomózu nebo i proktokolektomii s terminální ileostomií. Kasuisticky jsou popisovány i operace s využitím ileálního pouče, tato problematika si zjevně vyžádá větší počty operací a čas, současné výsledky jsou u těchto operací zatím nepřesvědčivé i když zajímavé.

Resekční výkony jsou indikovány často při krvácivých projevech, perforacích se vznikem abscesů, či peritonitidy. V případě vzniku zánětlivých mas- flegmón- bez definovaného abscesu se jeví- pokud to stav pacienta a průběh nemoci umožňuje- výhodné předsadit před vlastní resekční výkon nazogastrickou derivaci, zamezení příjmu potravy a antibiotickou přípravu, což může umožnit následný resekční výkon bez nutnosti derivace. Oproti tomu perforační příhody s peritonitidou jsou doprovázeny nutností derivace stolice. Nejčastějším výkonem pro hemorhagii je ileocékální resekce. Vnitřní píštěle je nutné často řešit resekci střeva a různých orgánů (měchýř, vagina) a je proto nutná co nejpresnější jejich předoperační diagnostika. Nutná je i co nejlepší příprava pacienta- úprava vnitřního prostředí a korekce metabolického stavu a též často příprava tlustého střeva.

Zcela samostatnou a velmi zásadně se rozvíjející problematikou je otázka chirurgického řešení perianálních píštělí a abscesů. Opačně vzato, každá chronická či recidivující píštěl a perianální absces by měly projít vyšetřením k vyloučení ISZ jako etiologického faktoru. Současně je nutno zjistit místo, odkud píštěl vychází, nemusí to zdaleka vždy být jen postižené rektum. K dalším obecným úvahám musí patřit i zvážení dočasného vyřazení pasáže rektum., dále histologické vyšetření píštěle. Léčba zahrnuje nejen dříve akceptovanou kombinaci lokální a celkové medikamentózní léčby a excise píštělí či fistulotomie, nakládání ligatur a parciální sfinkterotomie, ale i v současné době složitější posuny laloků (ad-vancement flap) v kombinaci s imunosupresivní léčbou či antic cytokiny (infiximab) (1,4,6,7,8,9,12,19,21).

Vlastní soubor

V pětiletém období 1999-2003 bylo na I. chirurgické klinice chirurgicky ošetřeno pro diagnózu Morbus Crohn celkem 202 nemocných. Akutní operaci podstoupilo 57 nemocných, elektivní pak 145 nemocných. Průměrný věk byl 40,4 roku v intervalu 17-82 let. V průběhu let lze pozorovat jednoznačnou tendenci ke zvyšování průměrného věku, takže zatímco v roce 1999 činil tento 35,5 roku, v roce 2003 pak již 44,1

roku, čili došlo k nárůstu o 9 let. Budeme-li si v uvedeném období všimnout počtu pacientů v jednotlivých dekáдах věku, pak nejfrekventněji je zastoupena skupina 21-30 let věku (31% pacientů) a 31-40 let věku (26% pacientů). Nad 61 let věku bylo naopak jen 10% nemocných a pod 20 let věku 6% nemocných. Ve sledovaném souboru bylo 46 % mužů a 54% žen, věkový průměr se mezi pohlavími neodlišoval. 1x byla operována gravidní pacientka v 6. měsíci pro akutní komplikaci – krvácení z terminálního ilea, kde byla choroba lokalizována. Byla provedena resekce uvedeného úseku s následným příznivým hojením střeva a rány a klidným průběhem gravidity. Významným sledovaným parametrem je jistě interval k první operaci, svědčící m.j. o době a úspěšnosti konzervativní léčby. Z výsledků vyplynulo, že interval kratší než 2 roky se vyskytl u 26% pacientů, interval 2-5 let u 19% pacientů a největší skupinu, intervalu k operaci více než 5 let, pak tvořilo 55% pacientů. Jednoznačně lze v posledních letech však pozorovat prodlužování intervalu k první operaci. Nejkratší interval k akutní operaci činil 3 hodiny, k elektivní pak 4 měsíce. Naopak nejdelší interval k elektivní operaci byl 26 let. Indikacemi k akutním operacím (kterých bylo 57) byly nejčastěji abscesy, perforace střeva a peritonitidy, enterorhagie, méně častěji megacolon či ileózní stavy. Uvedeným diagnózám odpovídají i provedené operační výkony- incize a drenáže (55%), resekce střeva (26%), kolektomie (20%), stomie (14%). I přes často kritický stav pacientů byla letalita velmi nízká, zemřeli 2 z nich, tj. 3,5% v důsledku multiorgánového selhání v sepsi, po sanaci inveterované sterkorální peritonitidy v důsledku předchozí perforace traktu.

Elektivní operace představují do jisté míry odlišnou problematiku chirurgického přístupu. Je to dáno systematictější a přesnější předoperační diagnostikou, dále možností kompenzace vnitřního prostředí a metabolicko nutričního statusu nemocných a jistě i přípravou střeva k operaci. K elektivním operacím bylo indikováno 145 nemocných. Analyzováno bylo místo postižení traktu. Tenké střevo bylo postiženo u 80% pacientů, tlusté střevo u 13%, současné postižení tenkého i tlustého střeva bylo u 5% nemocných. Jiné lokality postižení touto chorobou vedly k operaci u 2% nemocných a bylo to postižení duodena 4x a žaludku 1x. Nejčastěji prováděným výkonem byla ileocékální resekce u 31% nemocných, strikturoplastika pak byla realizována u 21% nemocných, přičemž je její frekvence na vzestupu jasně nejvyšší, pohybuje se v sestavě od 3% v roce 1999

k uvedeným 21% v roce 2003. Subtotální kolektomii bylo podrobena 18% nemocných, izolovaným resekčním pak 14% nemocných, resekce původních anastomóz na traktu byla indikována u 13% nemocných. Letalita v celém souboru elektivních operací činila 0%. Samostatným závažným problémem jsou jistě reoperace pro progresi či komplikaci choroby. K reoperaci došlo v našem souboru 34x, tj. u 17% nemocných a to vždy mimo perioperační období původní operace, vždy v důsledku medikamentózně nezvládnutelné progresi choroby.

Nejčastějšími příčinami byly poruchy průchodnosti, píštěle a abscesy. 9% pacientů bylo reoperováno 2x, 4% pacientů pak 3x. Největší počet reoperací u jednoho pacienta činil 8.

Jen zdánlivě samostatnou, velmi úpornou problematikou jsou perianální píštěle, řešené kombinacemi chirurgických a medikamentózních přístupů ve většině případů ambulantně.

Tato jistě závažná problematika však v analýze nepatřila ke stěžejním a tak jen zdůrazňujeme, že při obecné v literatuře udávané prevalenci píštěl u CN mezi 20- 40 % jen v letech 2002-2003 bylo pro tyto léčeno na klinice 27 nemocných z nichž bylo 10 nových záchytů rozsáhlejších píštěl v oblasti rekta. V terapii dominoval postup ošetření píštěle + resekce střeva (60%) následovaný co do frekvence typu ošetření lokálními, často opakovanými, výkony na píštělích. Ve dvou případech došlo i k amputaci rekta. (7,8 9).

Některé obecné závěry vlastních výsledků :

U CN lze pozorovat v jednotlivých letech sledovaného období zvyšování průměrného věku, která v celém období. Průměrný věk byl pak v posledním roce vyšší o 9 let než v prvním roce sledování. Jedním z možných vysvětlení jsou modernější a efektivnější způsoby medikamentózní léčby, i když někdy jen dočasného rázu. Otevřenější otázkou je nárůst akutních operací pro CN, za který může zodpovídat m.j. právě protrahovanější konzervativní postup léčby, ve snaze uchránit pacienta delší dobu před chirurgickým výkonem, ale též otázky záchytu a diagnostiky choroby, kooperace pacienta v průběhu léčby a někdy i vztah pacienta k případné operaci. Radikálně dochází k vzestupu střevo-šetrných minimálních výkonů, především strikturoplastik a dochází k zásadnímu omezení rozsahu resekčních výkonů. Ze souboru rovněž vyplývá, že u akutních komplikací CN ve smyslu poruch pasáže - subileózních a v určitých situacích i u ileózních stavů - dominuje snaha využití všech možností konzervativního postupu k oddálení či dokonce zamezení devastačního operačního výkonu. Naopak ale výsledky ukazují na nutnost rychlé diagnózy a operační radikality při život ohrožujících komplikacích CN. V souladu s literárními poznatky nebyla zachycena v souboru operovaných nemocných pro CN malignita. Komplexnost a složitost problematiky multidisciplinárního a dlouhodobého přístupu k diagnostice a terapii této prakticky celoživotní choroby pak při široké škále jejich projevů implikuje opodstatněnost koncentrace pacientů s CN do specializovaných center, která si mohou poradit s akutními komplikacemi i v nepříznivých podmínkách jako například v graviditě (12).

Literatura

Viz následující článek

VŠEOBECNÁ CHIRURGIE

Idiopatické střevní záněty- profil chirurgicky řešených nemocných

II. Colitis ulcerosa

Krška Z., Šváb J., Pešková M., Lukáš M.

I. chirurgická klinika VFN a UK Praha

IV. interní klinika VFN a UK Praha

Úvod

V druhém, navazujícím článku, je provedena analýza literárních poznatků a vlastního souboru spolu s vzájemnou konfrontací pro skupinu pacientů s diagnózou ulcerosní kolitis.

Metoda

Základní data souboru a způsob analýzy

Použita metoda retrospektivní analýzy dat období 5 let (1999-2003 včetně). Pro diagnózu ulcerózní kolitis bylo chirurgicky léčeno 69 nemocných. V tomto článku provedena analýza literárních poznatků o ulcerosní kolitis a rozbor té části vlastního souboru týkající se pacientů s UC.

Ulcerosní kolitis

Ulcerózní kolitis (dále UC) byla pravděpodobně popsána na kasuistice zemřelé pacientky sirem Wilksem v roce 1859, o správnosti této úvahy se však pochybuje. V roce 1875 však Wilks popisuje přímo ulcerativní zánět střeva. V roce 1913 se UC objevila jako samostatná klinická jednotka na lékařském kongresu v Paříži (1,2,20,21,23))

Příčina

O příčinách vzniku UC vnikla celá řada teorií. Řada z nich řadí ISZ, především pak UC mezi autoimunní choroby. Tyto teorie vycházejí z průkazu protilátek proti některým strukturám sliznice tlustého střeva. Tyto protilátky jsou přítomné téměř výlučně u nemocných s UC. Imunologické změny mohou být obecně ve smyslu autoimunní choroby, autoimunní reaktivity a dysregulace slizniční imunity. U nemocných s UC jsou pak ve srovnání s CN zjišťovány některé fenomény obvyklé u autoimunních chorob. UC (a ani CN) však není klasická autoimunní choroba. Postavení imunitního systému v etiopatogenezi je významné, nikoliv však dominantní. Relativně vysoký familiární výskyt ISZ (u přímých příbuzných 8%) a další faktory svědčí pro významnou úlohu dědičnosti v etiologii ISZ .Pozitivní rodinná zátěž je vyšší u CN než u UC. Pro UC se jeví při scanování genů významný především chromozom 6 a dále

3,7,12. Hypotetický primárně infekční původ lze spíše hledat u CN než u UC.Podobně jako u CN z hlediska zevních vlivů představuje vyšší riziko nižší spotřeba vlákniny a mastných kyselin. UC i CN se vyskytují více u lidí s dobrou či vyšší socioekonomickou úrovní. Relativní riziko UC u pacientek které užívaly či užívají hormonální antikoncepci je 1,29 pro UC (1,44 pro CN). Překvapivý a zatím uspokojivě nevysvětlitelný je opačný efekt kouření cigaret na UC oproti CN. Významnost tohoto efektu ve smyslu snížení rizika výskytu UC je nejasná (Kaiser), odhaduje se okolo 60%, a to bez rozdílu na pohlaví.U bývalých kuřáků je riziko vzniku UC 1,7x nižší než u nekuřáků (1,2,20,21,23).

Výskyt

Incidence UC se pohybuje v západní populaci mezi 6-15/100 000 s maximem ve věku mezi 15-45 lety, v ČR mezi 3-5 /100 000 obyvatel a prevalence dosahuje 34 na 100 000 obyvatel. Vyšší výskyt ve světě je v zemích s anglosaským obyvatelstvem. UC sleduje obecný trend zvyšování počtu ISZ od jihu na sever (1,2,21). UC se predominantně postihuje pacienty ve třetí dekádě života, přičemž je udáván bimodální distribuce, kdy další vrchol je ve věku okolo 70 let života. (18).

Formy

Ulcerosní kolitis, je nespecifický ulcerózní, ale častěji hemorhagicko katarální zánět konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku, s nárazovým nebo chronicky exacerbuujícím průběhem (2,20,21). Z hlediska rozsahu postižení kolon se dělí na :

1. proktitis / proktosigmoiditis (45-60%),
2. levostranný typ (distálně od ileální flexury),
3. extenzivní kolitis (postihují tračník včetně transversa až po hepatické flexury) a

4. pankolitis (20%) (11)

Ulcerace v distálním ileu se vyskytují u 10% pacientů s pankolitidou (backwash ileitis) a mohou vést k mylné diagnóze CN. Ačkoliv backwash ileitis nemění chirurgický postup a zmizí po odstranění tračníku, zdá se, že mohou představovat pro pacienty vyšší riziko vzniku pouchitis (11). Průběh UC může být chronický (kontinuální), chronický intermitentní, fulminantní či se může jednat i o jednu ataku (1,18,20,21,24).

Patologická anatomie

Na rozdíl od CN je sídlo nemoci ve sliznici a do hlubších vrstev střeva proniká jen druhotně u těžších průběhů. Prvotně jde o zánět katarálně hemorragický, v pokročilejším zánětu hnisavý a vředovitý. Ze zbytků zanícené sliznice mezi vředy se tvoří polypovitě výčnělky a můstky-zánětlivé polypy. V těžkých případech je střevo válcovitě zúženo ztluštěním muscularis mucosae a prosáknutím svaloviny, ne ale fibrózou. Seróza je neporušena až na perakutní průběhy. Histologicky jde o katarální zánět, sliznice je infiltrována mononukleáry, eozinofily i granulocyty. Typickým nálezem jsou kryptové abscesy vznikající nahromaděním polymorfonukleárů ve žlázkách. Provalení těchto abscesů dává vznik ulceracím. Tyto abscesy jsou však známkou jakéhokoliv katarálního zánětu, pro UC je ale typická redukce až zánik pohárkových buněk s následným útlumem sekrece hlenu. I v období remise, kdy se kryptové abscesy ztrácejí a pohárkové buňky redukují však zůstává jistý stupeň zánětlivé infiltrace a deformace krypt a to i když se makroskopický vzhled sliznice normalizuje. Z histomorfologických charakteristik důležitých pro odlišení CN a UC lze tedy uvést, že při UC je zánět submukózní, difúzní, s výraznou hyperémií, lymfoidní hyperplasie je vzácně ve sliznici a submukóze, edém je minimální, kryptové abscesy jsou časté, granulomy pak vzácné, fisurální vředy chybí, anální léze s nespecifickými změnami, aftózní vředy jsou vzácné, zánětlivé pseudopolypy časté a pohárkové buňky jsou výrazně redukovány (1,11,20,21,23,24).

Klinické manifestace

Klinická manifestace UC se mění se závažností onemocnění ve střídajících se exacerbacích a remisích. Základním příznakovým souborem je syndrom rektální nebo kolitický. Rektální syndrom je nutkavý pocit na stolici, při němž se defekuje jen nepřiměřeně málo stolice nebo jen krvavého hlenu (tenesmus alvi). Stolice bývá formovaná nebo jen kouskovitá. U proktokolitidy svědčí pro rektální

typ, ohraničený na konečník nebo jeho aborální část, že nemocní nemají zvykle bolesti v břiše a vyjma tenezmů jsou bez obtíží. Typickými projevy při kolitickém syndromu jsou vodnaté průjmy s příměsí krve, hlenu či hnisu doprovázené střevní dyspepsií. Rektální typ postižení, kdy zánět bývá zvykle hemorragický, je tedy doprovázen rektálním syndromem. Levostranný typ, klinicky středně těžký, představuje kombinaci rektálního a kolitického syndromu. Klinický obraz u difúzního typu záleží na aktivitě vlastního zánětu. Klinika v období remisí je odvislá od tíže zánětu v době relapsu. Pacient může být v těchto obdobích bez obtíží, či při předchozích těžkých atakách může strádat z reziduálních funkčních poruch střeva. Zánět má většinou ráz vředovitý. V období atak je přítomen kolitický syndrom s výraznou celkovou, většinou toxickou odezvou a extraintestinálními projevy, které se v jisté míře však mohou objevit i u typu levostranného. K těmto projevům patří m.j. artralgie, artritidy, myalgie, lumbalgie, uveitidy, iridocyklitidy, aftózní stomatitidy, pyoderma gangrenosum, hepatitis, perichalangoitis, tromboflebitidy. Krajiní variantou průběhu difúzního typu UC je fulminantně probíhající UC. Postihuje naštěstí jen 8-10% takovýchto pacientů. Dominuje významná septicko toxická odezva, pacient je bezprostředně ohrožen na životě. Doba konzervativní léčby je limitována na 48-72 hodin, pokud nedojde ke zlepšení je nutná chirurgická intervence. Difúzní typ s fulminantním průběhem vede ke vzniku toxického megacolon, s dalším rizikem a to perforace a vzniku sterkorální peritonitis. Toxické megacolon vzniká u 5-7% pacientů s UC pankolitického typu a je v 50% součástí její první ataky (2,10,11,20,21).

Komplikace

K místním komplikacím tlustém střevě patří perforace, obvykle v důsledku toxického megacolon a to v 3-5%. Ovšem perforace se může vyskytnout až u 1% pacientů bez dilatace a to v sigmatu. Ačkoliv rektální krvácení je nejobecnějším příznakem UC, masivní krvácení je vzácné. Kruciórní pro léčbu je vždy odlišit, zda je zdroj proximálně nebo distálně od začátku rekta (11). Z píštělí zevních pak mohou být při provalení abscesu píštěle perianální, z vnitřních rektovaginální (20,21). UC je potvrzeným rizikovým faktorem pro vznik kolorektálního karcinomu (13). Rozsah kolonického poškození a trvání choroby mají pozitivní korelaci s rizikem karcinomu. Riziko při desetiletém průběhu je 5%, roste o 2% nad 10 let ročně a při dvacetileté anamnéze UC se pohybuje okolo 25%. Oproti sporadickému karcinomu karcinom v UC

nevzniká z koloskopicky rozpoznatelného adenomatózního polypu, ale spíše vzniká z plochého dysplastického epitelia (11,13). Extraintestinální komplikace byly uvedeny v části pojednávající o klinické manifestaci UC.

Dětský věk

Pozitivní rodinná anamnéza byla nalezena u 24% dětí s UC ve věkové skupině do 10 let, jinak je ale UC diagnostikována většinou v adolescenci. Z příznaků dominují ve více než 90 % průjemové stolice, vysoce frekventní je krev ve stolici, logicky unavitelnost, úbytek na váze. U poloviny však je začátek plíživý. Téměř 70% má postižení celého tračníku, fulminantní průběh postihuje 10% dětských pacientů (2).

Diagnostika

Diagnostika UC je komplexní. Zahrnuje analýzu anamnestických údajů, laboratorní vyšetření, vyšetření endoskopická a radiodiagnostická.

Z laboratorních vyšetření má význam především sedimentace, vyšetření leukocytů a reaktivních zánětlivých proteinů (především CRP). Laboratorní vyšetření tak – podobně jako u CN – především slouží ke zjištění zánětlivé aktivity UC a to především u jednostranného a difúzního typu. U těžkých forem je pak nutná komplexní biochemická analýza při v.s. minerálovém a metabolickém rozvratu.

Endoskopická vyšetření jsou u pacientů s ISZ vyšetřeními základními. Vůdčí diagnostickou metodou u UC je rektoskopie, protože postižení rekta je nejtypičtější diagnostickou známkou. Zásadním požadavkem je vyšetření bez přípravy, která by odstranila ze sliznice krev, hlen či hnis a mohla by vyvolat sama na sliznici zavádějící změny. Diferenciálně diagnosticky významnější než biotický průkaz je nález normální sliznice, která UC s velkou pravděpodobností vylučuje. Další zásadní metodou endoskopickou je koloskopie, kde je relativní kontraindikací vzhledem k chorobě jen fulminantní průběh UC. Jak u nemocných s vysoce aktivní UC či CN je kontraindikována příprava klyzmaty orto i retrográdní pro velké riziko indukce komplikací (toxické megacolon, perforace tračníku).

Z radiodiagnostických metod hraje významnou roli především u akutních stavů (jako je toxické megacolon), kdy je použití kontrastní látky kontraindikováno – nativní snímek břicha. Významné místo při vyšetření ISZ má i irrigografie, s preferencí metodou dvojího kontrastu. Při podezření na perforaci je nutná výměna barya a použití vodné kontrastní látky. Sonografie nepředstavuje zásadně přínosnou

metodu v diagnostice UC, přínosná je však ve formě endosonografie rektální. CT vyšetření je využitelné k diagnostice stavu stěny střevní, tak k diagnostice závažných komplikací UC. Metodou vyšetření zevních píštělí je fistulografie, někdy výhodně kombinovatelná s CT vyšetřením. Obdobně přínosná v diagnostice abscesů a píštělí magnetická rezonance (1,2,3,10,17,20,21,22,23).

Medikamentózní léčba

V léčbě ohraničené formy UC s lehkou až středně těžkou aktivitou je u nemocných s proktosigmoiditidou nebo jednostranným tvarem nemoci perorální terapie aminosalicyláty. Alternativním léčebným postupem je lokální léčba ve formě klyzmat, u proktitidy jsou vhodné i čípky. Není-li efekt lokálně aplikovaného aminosalicylátu, pak je vhodná záměna za lokální léčbu kortikoidy. V udržovací léčbě se podávají aminosalicyláty. V léčbě extenzivní formy UC s lehkou až středně těžkou aktivitou je prvním léčebným postupem perorální podávání aminosalicylátů. Orální steroidy jsou určeny pro nemocné, kteří neodpovídají na aminosalicyláty v celkové a (nebo) lokální léčbě. Zahájení terapie imunosupresivy (6-MP) a AZA je vyhrazeno pro nemocné, kteří neodpovídají na perorální terapii kortikoidy nebo jsou na této terapii závislí. V léčbě extenzivní formy UC s vysokou až fulminantní aktivitou je základem perorální nebo intravenózní podání kortikosteroidů se současným podáváním širokospektrých antibiotik. Nutná je dále kombinovaná nutriční podpora, korekce vnitřního prostředí a korekce anémie. Nedojde-li k zásadnímu zlepšení celkového stavu a přetrvávají-li vysoké známky aktivity zánětu, je indikováno podávání cyklosporinu. V této situaci je alternativním postupem kolektomie (viz dále). V léčbě UC v období remise jsou základní aminosalicyláty a (nebo) imunosupresiva. Podávání kortikoidů v přijatelných dávkách (pod 20 mg/d) nechrání před rizikem relapsu u UC (1,2,3).

Chirurgická léčba

Z řady epidemiologických dat lze uvést, že selhání medikamentózní léčby postihuje v různé míře až ¼ nemocných. Riziko kolektomie stoupá logicky s rozsahem a dobou onemocnění a pohybuje se přibližně mezi 30-40 %. Riziko kolektomie stoupá především s rozsahem onemocnění a je udáváno u pankolitidy až 60%. Indikace k operaci zahrnují inkrutabilitu medikamentózní léčby, akutní neustupující kolitidu, toxickou kolitidu, výskyt karcinomu či

dysplasie a růstovou retardací. V případě lékové intraktability (která dle některých sestav dosahuje až $\frac{3}{4}$ nemocných) se jedná především o persistenci symptomů navzdory kortikosteroidní léčbě, rekurenci symptomů při vysoké dávce kortikosteroidů a zhoršení symptomů nebo novou ataku komplikací při maximální medikamentózní léčbě. K selhání medikamentózní léčby bývá řazen i výskyt steroidy indukovaných komplikací (Cushingoidní změny obličeje, vzestup váhy, systémová hypertenze, steroidní myopatie, osteopenie, kompresivní fraktury, aseptické nekrózy krčku femuru, vzestup dráždivosti, katarakta). Až u 10% pacientů se vyskytuje fulminantní kolitis s akutním břichem a to s toxickým megacolon či bez něho a s krytou či otevřenou perforací. Maligní transformace či prekarcinomové změny (dysplasie, DALM (dysplasia-associated lesions of the mucosa)) jsou logickou indikační chirurgickou skupinou, podobně jako hemorragie. Jako indikaci nelze opomenout i některé závažné extraintestinální manifestace choroby. V akutní operativě UC je kolektomie s ileostomií a uchováním rektosigmoideálního pahýlu standardním postupem. Pokud je stěna střeva závažně zánětlivě změněná a edematózní, může být vyvedena jako mukózní píštěl. Je racionální ponechat přiměřenou délku rektosigmoideálního pahýlu ke snazší budoucí formaci anastomózy a snížení rizika poškození pánevních struktur při ní. V elektivní chirurgii UC jsou tři základní operační postupy: proktokolektomie, kolektomie s ileorektální anastomózou a restorativní proktokolektomie.

Totální proktokolektomie s permanentní ileostomií je indikována pro pacienty, kteří nejsou kandidáty pro proktokolektomii s ileoanální anastomózou nejčastěji při předoperační anální inkontinenci, vysokém věku či adenokarcinomu rekta. Tento výkon však preferuje i určitá skupina pacientů z obav o funkční výsledek (riziko pouchitis, opakovaných chirurgických výkonů, rejekce ileoanální anastomózy) (25). V průběhu 5 let po operaci je počet chirurgických revizí ileostomie okolo 20-30% a prodloužené hojení perineální rány je pak udáváno až u 25% pacientů. V případě výskytu dysplasie je indikována disekce mesorekta. V absolutní většině případů je proktokolektomie elektivním výkonem u stabilního pacienta. Ileostomie je vyvedena jako terminální (Brookova), či kontinentní (Kock-Barnett/ T pouche).

Abdominální kolektomie je, jak již bylo řečeno, preferována u akutních komplikací UC. Elektivním výkonem je pak m.j. tam, kde je otázný rozsah a prognóza další léčby v rektu a

dále pokud je nejasná diagnóza UZ či Crohnovy pankolitidy.

Abdominální kolektomie s ileorektoanastomózou vyžaduje distenzibilní rektum s příznivým nálezem na sliznici a bez nálezu dysplasie. V průběhu 10 letého pooperačního sledování je nález selhání u 10-50% v důsledku persistujícího zánětu nebo neoplastické transformace. Incidence karcinomu v pahýlu se pohybuje okolo 5%. Místo tohoto výkonu v elektivní chirurgii je stále, i když počet pacientů, kteří jsou podrobeni tomuto výkonu se odhaduje jen na 10% i když dle některých sdělení opět tento počet stoupá. K relativním výhodám patří to, že odpadá riziko komplikací dalších operací, odpadají rizika komplikací pouche (záněty, stenózy) a je malé riziko infertility a poruchy sexuální funkcí. Tento výkon je indikován též u pacientů s UC tam, kde je indikována kolektomie při výskytu karcinomu tračníku, či v jeho profylaxi a pacient není ochoten k ileoanální anastomóze. Ačkoliv tento výkon snižuje riziko karcinomu (m.j. snadným vyšetřením rektální sliznice) je i při pravidelné surveilanci popisován možný vznik adenokarcinomu. Délka pahýlu je obsažena v názvu „rektum šetřící kolektomie“, kdy kolon je excidováno v místě spojení teníí.

Proktokolektomie s ileoanoanastomózou pomocí pouche (ileopouchoanální anastomóza) je hlavním směrem elektivní chirurgie UC od roku 1980 (J.W.Milson). Umožňuje žít bez trvalého stomatu, obohatila a změnila mnoho názorů na anatomii a funkci pánevního dna, svěračů a tenkého střeva. I když je tato metoda ve správné indikaci metodou první volby, zůstává ale metodou volby jak pro pacienta, tak pro chirurga. Nejfrekventnější indikací je intraktabilita onemocnění. K věkové relativní limitaci patří věk, je udáván pod 65 let, i když záleží i na biologickém stavu. Indikací je výskyt kolorektálního karcinomu nebo přednádorový stav (dysplasie). Limitací u karcinomu je však mutabilita onemocnění, lokalizace tumoru nad středním rektum a life expectancy méně než 1 rok, či by byl výkon jen paliativním. Indikace proktokolektomie s IPAA je zmíněná dysplázie a to jak low, tak high grade dysplasia. Absolutními kontraindikacemi IPAA je akutní fulminantní colitis, zvláště při klinické toxicitě nebo při perforaci střeva, v době operace známá diagnóza CN, závažná dysfunkce análního svěrače a karcinom distálního rekta. K relativním kontraindikacím patří morbidní obezita, závažná malnutrice, debilita, věk nad 65 let, významná psychická labilita, nespokojenost či nesouhlas pacienta. Principem operace je preservace análního svěrače a konstrukce ileoanální

anastomózy v jedné době, či ve dvou dobách s vytvořením pojistné ileostomie. Vlastní pouče je vytvořen z terminálního ilea pomocí jedné, dvou či třech kliček jako J, S a W pouče. Během prvního roku dojde k selhání této operace u 15-10%, v průběhu 10 let pak u 15% nemocných. 50% stavů selhání je zapříčiněno infekcí. Nejfrekventnější pooperační komplikací u IPAA je pouchitis, přicházející až 50% pacientů v prvních 10 letech od operace a způsobující ztrátu až 4% pouchů (1,7,14,15,16,17,18,19,21).

Vlastní soubor

Pro diagnózu ulcerosní kolitis bylo na I. chirurgické klinice UK v období let 1999-2003 ošetřeno chirurgicky celkem 69 pacientů. Ve 28 případech bylo nutno provést akutní operaci, elektivní operací bylo ošetřeno 41 pacientů. Průměrný věk souboru činil 41,3 roku v rozmezí 18-77 roku. Křivka věkového rozložení v jednotlivých dekadách byla stacionární, přesto významnější skupinou bylo 27% pacientů ve věku 55-58 let. Poměr pohlaví byl 37 mužů : 32 ženám. Časová anamnesa choroby byla 2 hodiny až 38 let. V případě indikace k akutní operaci dominovala diagnóza toxického megacolonu se sepsí - ve 29% případů, abscesy - 29% případů, krvácení - 25% případů a perforace - 18% případů. U elektivních operací nejčastější indikací bylo neprospívání a malnutrice - v 90% případů, opakované krvácení v 60% případů a malignizace 2x. U akutních operací byla nejčastějším výkonem kolektomie v 65%, izolované resekce ve 21%, antepozice a drenáže ve 14%. Letalita akutních operací v pooperačním období do 3 týdnů činila 2,8%. Elektivní operace primárně elektivní zahrnovaly kolektomii s ileostomií - 29x, proktokolektomii s ileostomií 1x, kolektomii s ileorektoanastomózou 8x, proktokolektomii s IPAA 2x, izolovanou resekci 1x. Sekundární elektivní operace, provedené u části pacientů po operacích předchozích zahrnovaly 7x rozšíření o proktektomii s ponecháním ileostomie, 17x rozšíření původní kolektomie a IRA na proktektomii + IPAA. Ve třech případech byla konstruována ileorektoanastomóza. Ve dvou případech byla původní kolektomie + ileorektoanastomóza

konvertována v druhé době na proktektomii + IPAA. Elektivní operace byly provázeny nulovou perioperační mortalitou. Interval mezi elektivními operacemi (primární a sekundární) činil 2-30 měsíců, průměrně pak 17,4 měsíce. Maximum (65%) pacientů podstoupilo sekundární elektivní operaci v intervalu 8-12 měsíců. Z rozboru malignit vyplývá, že karcinom byl v předoperačním období zjištěn 2x, 1x byl nalezen v resekátu dodatečně histopatologem. Věkové složení takto postižených pacientů bylo 18, 70, 77 let, délka anamnézy UC pak u nich byla 10 let - 17 let - 38 let.

Některé obecné závěry vlastních výsledků:

Ve zkoumaném souboru lze pozorovat obdobný věkový průměr u obou chorob (UC i CN), přičemž ale u pacientů s UC byl v trendu celého období setrvalý věkový průměr bez větších výkyvů. Oproti většímu a stále stoupající výskytu CN v jednotlivých letech lze pozorovat stacionární počty UC. V souladu s literaturou byly malignity zachyceny jen u UC. Významnou chirurgickou indikací byly abscesy a oproti literatuře (až 10x častěji) i krvácení. Na těchto komplikacích se jistě podílí, podobně jako u CN, celá řada faktorů, m.j. překrytí perforací (vedoucích k abscesům) intenzivní léčbou, či kryté perforace nebo perforace do nejbližšího okolí v terénu plastické peritonitidy v důsledku dlouhodobé intenzivní komplexní léčby konzervativní. Významnou roli i zde hraje role spolupráce pacienta a efektivita diagnostické složky.

Krvácení se také nezdá objevilo jako první příznak UC a při urgentním výkonu byla provedena resekce části střeva se zdrojem, přičemž diagnóza UC byla stanovena histopatologem až později, čímž lze vysvětlit vyšší zastoupení izolovaných resekcí ve skupině akutních výkonů oproti literatuře.

V chirurgické léčbě UC je zásadním elektivním výkonem je CE + pouče, CE + IRA má však stále své místo. Podobně jako pro CN platí pro UC nutnost rychlé diagnózy a operační radikalita při život ohrožujících komplikacích a opodstatněnost koncentrace pacientů s touto chorobou do specializovaných center.

Literatura

1. Lukáš M.: Idiopatické střevní záněty. Galén, Praha, 1998, 363 s.
2. Lukáš K.: Idiopatické střevní záněty. Triton, Praha, 1997, 175 s.
3. Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty: Doporučené postupy při diagnostice a léčbě Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy u dospělých a dětských pacientů. Falk, 2001, 38s.
4. Schraut W.H.: The surgical management of Crohn's disease. Gastroenterol Clin N Am 2002;31, 255-263
5. Wills J.S., Lobis F.I., Denstman F.J.: Crohn Disease: State of the art. Radiology, 1997, 3, 597-609

6. Sanborn W.,J.,Hanauer S.B.: Infliximab in the Treatment of Crohn's disease: A user's guide for clinicians. Am J Gastroenterol 2002,12,2962-2972.
7. Krška Z. et al.: Nespecifické střeční záněty na I. chirurgické klinice VFN a UK Praha 1. Československé symposium IBD,Praha,2.4.2004, Sborník abstrakt
8. Trča S. et al.: Život ohrožující krvácení u CN řešené ve VFN1.Československé symposium IBD, Praha, 2.4.2004, Sborník abstrakt
9. Kasalický M. et al.: Chirurgické řešení fistulující Crohnovy choroby na I. chirurgické klinice 1.Československé symposium IBD,Praha,2.4.2004, Sborník abstrakt
10. Nicholls R.J.: Review article: ulcerative colitis – surgical indications and treatment. Aliment Pharmacol Ther 2002,16,25-28
11. Kaiser A.M., Bert R.W.: Surgical management of ulcerative colitis. Weiss med wky,2001,121,323-337
12. Kane S.: Inflammatory bowel disease in pregnancy. Gastroenterol Clin N Am 2003,32,323-340
13. Sharan R., Schopen R.E.: Cancor in inflammatory bowel disease.An evidence based analysis and guide for physicians and patiens. Gastroenterol Clin N Am 2002,31,237-254
14. Pikarsky A., Zmora O., Wexner S.D.: Immunosuppressants and operation in ulcerative colitis. J Am Coll Surg 195,2,2002,252-258
15. Tulcinsky H., Cohen C.R.G., Nicholls R.J.: Salvage surgery after restorative proctocolectomy. Brit J of Surg,2003,90,909-921
16. Blumberg D., Beck D.E.: Surgery for ulcerative colitis. Gastroenterol Clin N Am 2002,31,219-235
17. Ludwig D., Stange E.F.: Treatment of ulcerative colitis. Hepatogastroenterology 200,47,83-88
18. Roberts P.L.: Surgical options for ulcerative colitis. An Chir et Gynaec 2000,89,s.257-261
19. Michaelassi F., Misom J.W.:Operative strategy in inflammatory bowel disease.Springer,1999,515s.
20. Mařatka Z.: Klinická gastroenterologie,Avicenum,1988,656 s.
21. Mařatka Z.:Gastroenterologie,Karolinum, 1999,490s.
22. Lukáš K.: Záněty tlustého střeva. Medicína po promoci,4,2003,s.6-9
23. Tung K.J., Warner A.S.: Idiopatické střeční záněty.Farmakoterapie Crohnovy nemoci tlustého střeva a ulcerózní kolitidy. Medicína po promoci,4,2003,s.10-14
24. Bednář B,Patologická anatomie, Avicenum ,1982,682s.
25. Cohen Z, Smith D. et al.: Reconstructive surgery for pelvic pouches. World J Surg,1998,22, 342-346

Slovenská lekárska spoločnosť
Slovenská gastroenterologická spoločnosť
Slovenská chirurgická spoločnosť
Česká lékařská společnost – NČS – Kardiologická
Societatele Române de Gastroenterologie

Na pozvánku organizátora

**XIX. BARDEJOVSKE
GASTROENTEROLOGICKE DNI**



... INFORMÁCIA

Bardejovské Kúpele, 13. - 14. mája 2006

Organizácia konferencie a publikácia zborníka
Zborník a publikácia zborníka

SLOVENSKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ
SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ
ČESKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ
ČESKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ HEVŘSKÝ ÚSTAV
SLOVENSKÁ HEPATOLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ
ČESKÁ HEPATOLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ
ENDOSKOPICKÁ SEKCE ČSLS
ENDOSKOPICKÁ SEKCE ČSLS
KARDIOLOGICKÁ SEKCE ČSLS
KARDIOLOGICKÁ SEKCE ČSLS
SEKCE SISTER DIETETIKY ENDOSKOPIE PŘI ČSLS

**XXX.
Kongres Slovenskej a Českej
Gastroenterologickej spoločnosti
XXVII. Slovenské
a Česke endoskopické dni
XXXIII. Hepatologické dni**

2. informácia
A. Mlýnska 10, Bratislava, vyzvedanie zborníka

NEUROCHIRURGIA

Potreba akútneho chirurgického zákroku u pacientov s chronickou antikoagulačnou terapiou, možné riešenie. Kazuistika.

Kalina R., Galanda M.

Neurochirurgická klinika SZÚ, FNŠP FDR, Banská Bystrica

Prednosta : Prof. MUDr. Miroslav Galanda, CSc

Súhrn

V klinickej praxi sa často stretávame s pacientami, ktorí vyžadujú z rôzneho dôvodu chronickú antikoagulačnú liečbu. Jej cieľom je profylaxia a liečba trombembolických chorôb, zábranením vzniku intravaskulárnej krvnej zrazeniny zásahom do hemokoagulačnej kaskády. Chorí sú liečení pre interné, kardiologické a hematologické ochorenia. Často je pri nich nevyhnutné udržať hemokoagulačné parametre v úzkych rozmedziach, závislých od základného ochorenia, pre ktoré bola liečba nasadená tak, aby bol dosiahnutý požadovaný účinok a zároveň, aby nebol pacient ohrozený vedľajšími účinkami, ktoré môžu bezprostredne ohroziť jeho život. Skupina pacientov s chronickou antikoagulačnou terapiou tvorí zvlášť rizikovú skupinu ohrozenú vznikom spontánneho krvácania, ktoré môže vzniknúť následkom danej liečby a často vyžaduje urgentné chirurgické riešenie. Autori poukazujú na možnosť ovplyvnenia takto zmenených hemokoagulačných parametrov aktivovaným protrombínovým komplexom a možnosť zvládnutia urgentnej situácie v praxi pri potrebe operačného riešenia.

Kľúčové slová : chronická antikoagulačná terapia, hemostáza, Protromplex.

Kalina R., Galanda M.

Necessary of surgical intervention in patients with chronic anticoagulation therapy, possibility of treatment. Case report

Summary

We often meet with patients on chronic anticoagulation therapy in clinical practice. Its goal is profylaxy and treatment of thrombotic diseases to block formation of the blood clot. Patients are treated for internal, heart and hematologic diseases. It is very important to have a required values of coagulation parameters which are dependent on the disease for which anticoagulation therapy is started, because adverse effects of this therapy can threat the patients on thier lives. Patients on the chronic anticoagulation therapy are generally at high risk for the occurence of a haemorrhage but an emergency situation, when urgent surgery is indicated may appear. The authors draw attention to the possibility to improve coagulation parameters and to the possibility to make an urgent surgery in this situation.

Key words : chronic anticoagulation therapy, haemostasis, Protromplex.

Úvod

V literatúre sa občas objavajú články týkajúce sa možnosti okamžitého zvrátenia a zablokovania účinku antikoagulačných liekov, s následnou možnosťou okamžitého operačného zákroku bez zvýšeného rizika peroperačných komplikácií v zmysle krvácania. Preparát použitý v tomto konkrétnom prípade nám dáva takú možnosť a v článku je uvedený spôsob jeho

účinku, podania a základný rozdiel a porovnanie s doteraz konvenčne používanou prípravou čerstvou mrazenou plazmou. Pacienti s chronickou antikoagulačnou liečbou tvoria pomerne početnú skupinu a sú ohrození zvýšeným rizikom krvácivých komplikácií, ktoré niekedy vyžadujú urgentný chirurgický zákrok. Autori prezentujú jednu z novších možností ovplyvnenia koagulačných pomerov.

Kazuistika

68 ročný pacient F.M. s arteriálnou hypertenziou, s ischemickou chorobou srdca, recidivujúcimi atakmi fibrilácie predsiení, po neúspešnej kardioverzii, na chronickej antikoagulačnej liečbe Orfarínom. Anamnesticky 12.3.2003 ráno náhle pocítil mravenčenie v oblasti ľavej nohy, neskôr slabosť, nemohol sa postaviť, vymocíť, v menšej miere cítil aj slabosť pravej dolnej končatiny. Bol prijatý na spádové neurologické oddelenie, kde pri prijatí v neurologickom náleze obraz asymetrickej chabej paraparézy dolných končatín viac vľavo, zvýraznenej akrálne, s hranicou citlivosti od úrovne Th12 nadol, akrálne prakticky anestézou, s perianogenitálnou hypestézou zľava. Mal zavedený permanentný katéter (reziduum 850 ml). V spádovej nemocnici urobené štandardné CT lumbosakrálnej oblasti prakticky s negatívnym nálezom nevysvetľujúce klinický stav. Následne urgentné MR vyšetrenie znázornilo intraspínálnu extradurálnu kolekciu, veľmi suspektný epidurálny hematóm Th11-L2 viac zľava (viď obrázok č.1). Chorý bol preložený po telefonickom dohovore na neurochirurgickú kliniku v Banskej Bystrici s hodnotou PT INR 3,24. (medzinárodná skratka pre vyjadrenie pomeru hodnoty Quickovho času pacienta k štandardu). Stav vyžadoval z neurochirurgického hľadiska urgentný operačný zákrok pre rýchlu progresiu neurologického deficitu. U nás opakované hemokoagulačné parametre: Quickov čas 25,9%, INR 2,64, ktoré vylúčili urgentný zákrok pre vysoké riziko ťažkých peroperačných krváčových prejavov. U pacienta vzhľadom ku kardiologickým ochoreniam bola kontraindikovaná príprava čerstvou mrazenou plazmou (ďalej ČMP), ktorá by značne predlžovala čas potrebný na dosiahnutie uspokojivých koagulačných parametrov dovoľujúcich operáciu. Preto konzultovaný hematológ, ktorý vzhľadom k situácii a časovej tiesni indikuje podanie preparátu Protromplex. V celkovej anestéze v polohe na bruchu pod RTG kontrolou urobená operácia, s minimalizáciou krvných strát - flavektómia Th11/12, 12/L1, L1/2 vľavo a evakuácia epidurálneho hematómu. Peroperačne bol pacient bez akýchkoľvek krváčových prejavov, ktoré sa nevyskytli ani v pooperačnom období. Kontrolný Quickov čas sme robili až pooperačne á 4 hodiny od podania preparátu mal hodnotu 87,6%. Bezprostredne po operácii došlo k zlepšeniu neurologického stavu, so zlepšením hybnosti v dolných končatinách.

Prvý pooperačný deň došlo k obnove sfinkterových funkcií. Pokračovali sme v liečbe nízko molekulárnym heparínom v dávke 0,4 ml. subkutánne ráno. Pri prepustení pacient používal pri chôdzi barličku. Pri ročnej kontrole chôdza o barličke, s ľahkou slabosťou ľavej dolnej končatiny.

Diskusia

Do skupiny pacientov liečených antikoagulačnou terapiou patria pacienti s ochoreniami srdca - napríklad po kardiochirurgických operáciách (chlopne, septum), s ischemickou chorobou srdca s poruchami rytmu (najčastejšie fibrilácia predsiení), pacienti po prekonaní infarktu myokardu s aneuryzmatickým hojením, ďalej pacienti po prekonanej hlbokkej žilovej trombóze, ako prevencia pľúcnej embólie, alebo po prekonaní embólie, pacienti s opakovanými povrchovými tromboflebitidami, hematologickí pacienti napríklad s trombofiliou a tak ďalej. Pre chronickú antikoagulačnú terapiu sa používajú rôzne preparáty, ktoré najčastejšie blokujú účinok vitamínu K. Zasahujú na miestach koagulačnej kaskády, kde účinkujú faktory, ktorých syntéza je závislá na vitamíne K. Tieto preparáty neúčinkujú už na cirkulujúce faktory, teda účinok nenastupuje hneď a naopak po vysadení preparátov pôsobenie pretrváva 2-5 dní. V minulosti sa najčastejšie používal Pelentan, v súčasnej dobe je to Orfarín. Koagulačná kaskáda je veľmi zložitý dej, na ktorom sa zúčastňuje cieva a jej reakcia, trombocyty a systém plazmatických koagulačných faktorov. Od vitamínu K závisí syntéza faktorov II, VII, IX a X (syntetizované sú v pečeni). Sú základom protrombínového komplexu a zároveň najdôležitejšou časťou koagulačnej kaskády, ktorej hlavným cieľom je premena rozpustného fibrinogénu na nerozpustný fibrín účinkom trombínu. Princíp koagulačnej kaskády podľa pôvodnej Moravitzovej teórie -viď obr.č.5.

Protromplex použitý u nášho pacienta je preparát tvorený faktormi II, VII, IX, X+ menšie koncentrácie proteínu C, heparínu, antitrombínu III. Je vyrobený z ľudskej plazmy a určený na liečbu a profylaxiu porúch zrážania krvi zapríčinených získaným alebo dedičným nedostatkom na vitamíne K dependentných faktorov.

Jedna ampulka preparátu (20ml) obsahuje 600 jednotiek koagulačného faktora, teda 1mililiter = 30 jednotiek.

Kontraindikáciou podania je DIC a hyperfibrinolýza. Keďže ide o humánny preparát, môžu sa vyskytnúť nežiaduce účinky, ako reakcia z precitlivosti, možný prenos vírusov, trombofilné stavy.

Dávka závisí od konkrétnej situácie, lokalizácie a veľkosti krvácania, klinického stavu a hmotnosti pacienta. Dôsledne je treba monitorovať Quickov čas. Zaujímavé je porovnanie ČMP s Protromplexom. 1 mililitr plazmy = 1 jednotka koagulačného faktora. Z toho vyplývajúce parametre ako objem dávky, čas podávania, vírusová bezpečnosť svedčia v prospech Protromplexu. Maximálna denná dávka plazmy je 30 mililitrov na kilogram váhy, maximálna jednorázová dávka je 20 mililitrov na kilogram váhy.

U nášho pacienta bol na začiatku podaný vitamín K- 1 ampulka i.v. (začiatok účinku nastupuje za 4-8 hodín), následne 3 ampulky Protromplexu (60 mililitrov respektíve 1800 jednotiek za 1 hodinu, teda rýchlosť podávania 1 mililitr za minútu, potom podaný Fraxiparín 0,4ml subkutánne, následne podané 2 ampulky Protromplexu (40 mililitrov, 40 minút, 1200 jednotiek) Pacient mohol byť operovaný za 1 hodinu 40 minút. Táto dávka zodpovedá množstvu 3000ml plazmy, ktoré by obsahovalo

relevantné množstvo zrážacích faktorov, s rovnakým účinkom ako podaná dávka Protromplexu.

Preparát sme neskôr použili u ďalších 4 pacientoch, ktorí mali nasadenú chronickú antikoagulačnú liečbu a vyžadovali urgentnú operáciu (2-chronický subdurálny hematóm, 1-akútny subdurálny hematóm, 1-krvácenie do mozočka s hemocefalom). U všetkých sme pozorovali úpravu laboratórnych hemokoagulačných parametrov a dobrú peroperačnú zrážanlivosť, bez krvácivých prejavov.

Záver

Aktivovaný protrombínový komplex (Protromplex) možno použiť v indikovaných prípadoch urgentnej situácie s nutnosťou chirurgického riešenia u chorých s chronickou antikoagulačnou terapiou., pretože rýchlo a účinne stabilizuje koagulačné pomery a dovoľuje uskutočniť operáciu bez vážnejších hemokoagulačných komplikácií. Môže byť využitý hlavne ako náhrada klasickej prípravy ČMP, najmä v situácii , keď je treba uskutočniť zákrok v čo najkratšom čase.

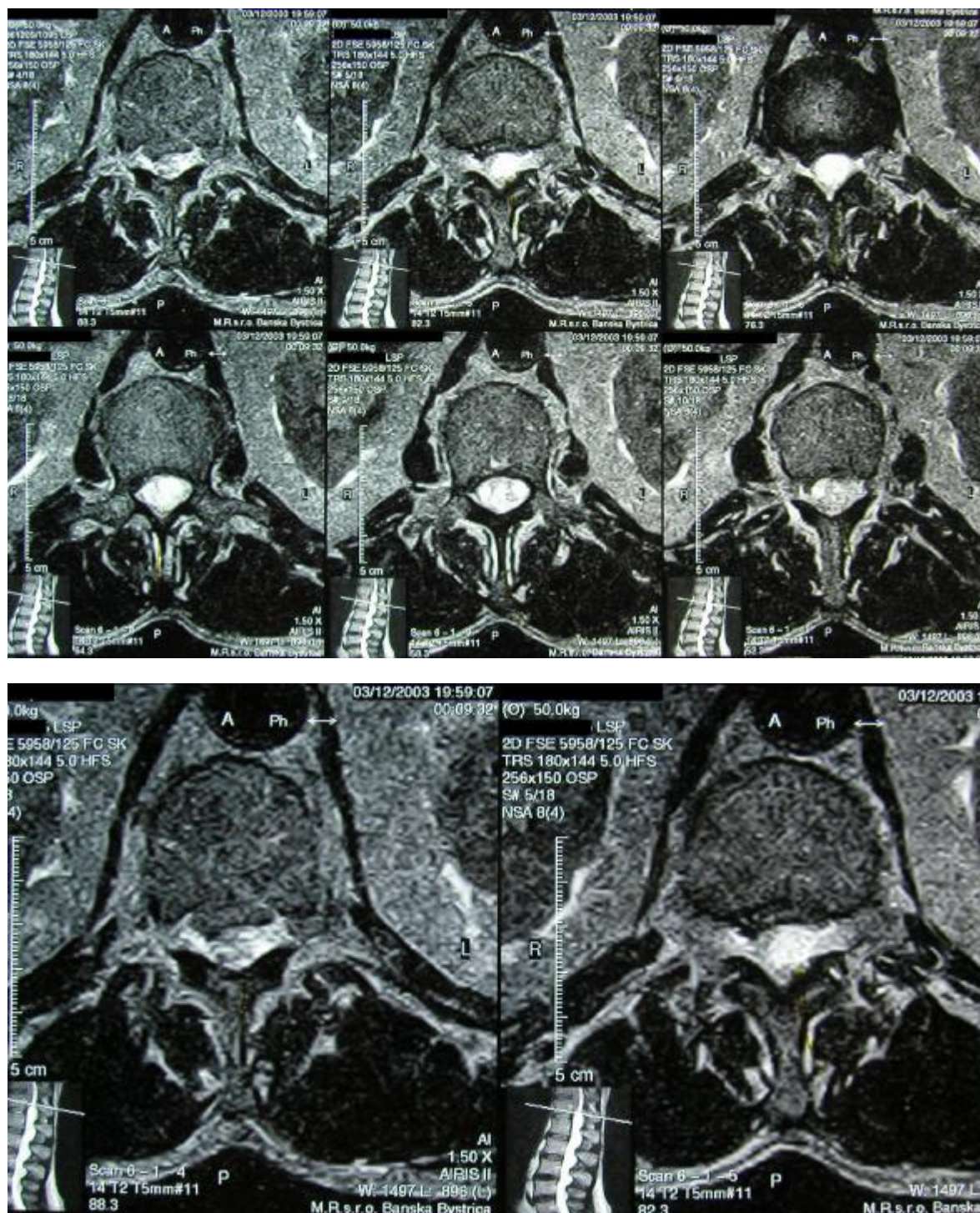
Literatúra

- 1.Trojan S, et al. Fyziológia 1, Osveta 1992;408:88-105
- 2.Palmer J,Francis D, et. al. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1995;58:104-106
- 3.Yu-Ching Goh K, et al. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1997; 63:334-338

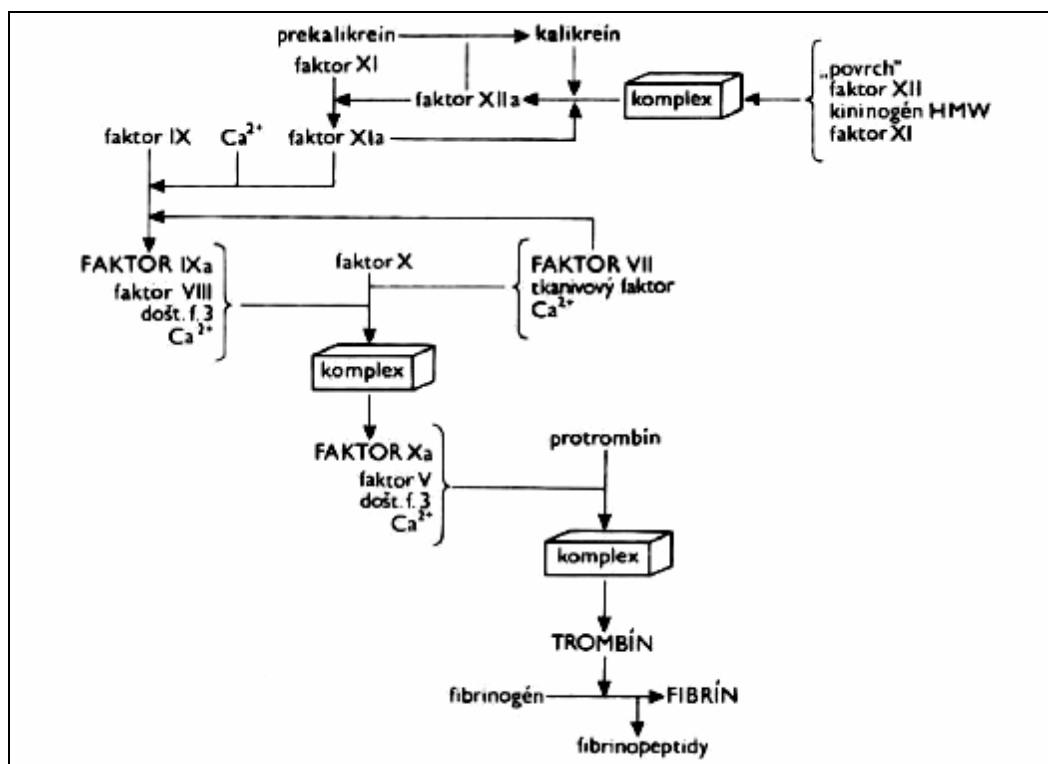
Obrázková príloha



Obrázok č.1 - MR vyšetrenie Th/L a LS oblasti, T1, T2 váženia, sagitálne, axiálne rezy, patologický nález v úrovni Th11-L2 vľavo (snímky zapožičané s dovolením MUDr. Mištinu, B.B.)



Obrázok č.2-4 - MR vyšetrenie Th/L a LS oblasti, T1, T2 váženia, sagitálne, axiálne rezy, patologický nález v úrovni Th11-L2 vľavo (snímky zapožičané s dovolením MUDr. Mištinu, B.B.)



Obrázok č.5 - Hemokoagulačná kaskáda

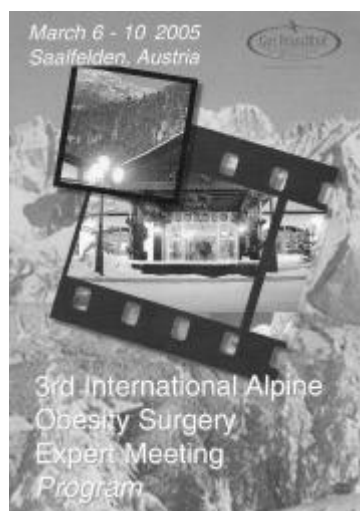
SLOVENSKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ ČESKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLEČNOST SLOVENSKÁ HEPATOLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ ČESKÁ HEPATOLOGICKÁ SPOLEČNOST EDOSKOPICKÁ SEKCIA SGS SEKCE DIGESTIVNÍ ENDOSKOPIE ČGES ODBORNÁ SEKCIA ENDOSKOPICKÝCH SESTIER PRI SLS a SKS a PA SEKCE SESTER DIGESTIVNÍ ENDOSKOPIE PŘI ČGES	Nemocnice Atlas Univerzita L. Bati ve Zlíně: Centrum humanitních studií - Ústav zdravotnických studií a Foundation for Promotion of Cancer Research, Japan porádají kongres Komplexní diagnostika a terapie karcinomu žaludku  Zlín, 31. 3. – 1. 4. 2005 Garanti: Česká chirurgická společnost ČLS JEP Česká onkologická společnost ČLS JEP Sekce onkochirurgie Onkologické společnosti ČLS JEP Libor Lukáš, hejtman Zlínského kraje
XXX. Kongres Slovenskej a Českej Gastroenterologickej spoločnosti XXVII. Slovenské a České endoskopické dni I. informácia Bratislava 16. - 18. jún 2005	

KONGRESY - INFORMÁCIE - FIREMNÉ PREZENTÁCIE

3. Alpský medzinárodný míting expertov v bariatrickej chirurgii

Správa z kongresu

V Saalfeldene v Rakúsku sa uskutočnil v dňoch 6. - 10. 3. 2005 tretí medzinárodný míting expertov v



oblasti bariatrickej chirurgii za účasti cca 250 chirurgov, pričom prednášali experti v bariatrickej chirurgii z celej Európy ale aj z Izraela a zo Spojených štátov. Zo Slovenska sa však zúčastnili kongresu len dvaja chirurgovia, pričom z Českej republiky tu bolo 8 chirurgov, čo svedčí o rozvoji a stave bariatrickej chirurgie na Slovensku, napr. už aj v porovnaní s Čechami. Kongres sa konal v peknom prostredí Rakúskych Álp v hoteli Gut Brandlhof. Program bol dobre zostavený, každý účastník si mohol nájsť problematiku ktorá ho zaujímala.

Odznalo asi 50 prednášok, ktoré sa venovali prakticky celej škále operácií používaných v bariatrickej chirurgii - od bandáží žalúdka, cez gastrické bypassy po biliopankreatické diverzie. Okrem

operačných techník sa prednášalo a diskutovalo aj o komplikáciách a o ich riešení, o tipoch a trikoch pri chirurgii obezity. Odznali aj prednášky o metabolických dôsledkoch rôznych typov operácií.



Kongresový hotel - Gut Brandlhof

Postrehy z niekoľkých prednášok :

1, Cadiere z Belgicka vo svojej prednáške rozoberal rôzne resekčné typy v bariatrickej chirurgii - BCH. Vysvetľoval jednotlivé postupy pri transekcii alebo rekcii žalúdka a čreva, pričom hovoril o možnosti použitia staplerov (lineárnych a cirkulárnych), kde však pri dlhých resekčných - transekčných staplerových líniiach doporučil prešit' staplovanú líniu pokračujúcim stehom aj so zabezpečením tzv. „rohov“. Ďalej hovoril ale aj o možnosti vykonať anastomózy ručným šitím. Pochopil som aj možnosť použiť cirkulárny stapler pri laparoskopii na kreáciu gastrojejunoanastomózy - najskôr v oblasti malej kurvatury niekoľko cm pod kardiou transsekujeme čiastočne žalúdok, potom v oblasti prednej steny fundu žalúdka urobíme otvor, cez ktorý vložíme hlavicu staplera do žalúdka.



Následne urobíme v orálnej časti pažerky žalúdka malý otvor, cez ktorý zavedieme grasper a uchopíme konektor hlavice a tento následne presunieme cez tento malý otvor tak, aby sme mohli vykonať gastrojejunoanastomózu. Otvor v prednej stene fundu žalúdka uzavrieme lineárnym staplerom a potom dokončíme transekcii žalúdka lineárnymi staplami.

2, Pattyn z Belgicka prezentoval skúsenosti z ručným šitím anastomóz, pretože neboli spokojní s výsledkami so staplerovými anastomózami. Vo svojej prednáške prezentoval, že pri staplerových

anastomózach sa vyskytujú v 12-19% stenózy, a až do 16% dehiscencie. Pri ručnom šití mali nižší výskyt komplikácií, pričom je možné vykonať takú dĺžku anastomózy akú operatér považuje za potrebnú a nezanedbateľný fakt je aj výrazne nižšia cena ručne šitých anastomóz proti mechanickým. Gastrický bypass robia retrokolicky a antegastricky.

3, Parini z Palianka - prednáška sa tiež týkala gastrického bypassu. Anastomózu vždy doporučuje robiť retrokolicky, pretože masívne - „obézne“ omentum robí antekolickú pozíciu výrazne nevýhodnou. Autor prezentoval dve techniky gastrojejunoanastomózy - pri prvom spôsobe zavádzali hlavicu cirkulárneho staplera cez pažerák pomocou NGS a alebo vyššie popísaným spôsobom podľa Cadiera. Druhý spôsob bol presne taký pri klasickej operácii - s použitím Kockerlingovho graspera (laparoskopickej tabačnice) firmy Storz sa aplikuje vlákno na rovných ihlách a preruší sa žalúdok - ten sa potom otvorí a cez tento otvor sa voľne vloží hlavica a otvor sa utiahne pomocou predtým zavedených vlákien.

4, Grewe z Holandska hovoril o minimálnych štandardoch, ktoré by mali platiť v bariatrickej chirurgii :

- výrazná je požiadavka edukácie
- je potrebné pracovať v tímoch - ale nielen chirurgických, ale spolupracovať s ostatnými odborníkmi v oblasti bariatrie
- je potrebné zvládnuť techniku operácie - vybrať si jednu alebo dve techniky, neskúšať stále nové techniky
- potrebné je dlhodobé pooperačné sledovanie pacientov
- operátor by mal byť atestovaný gastrointestinálny chirurg
- potrebné sú opakované školenia a certifikáty, permanentné vzdelávanie
- vytvorenie centier - počty operácií
- chirurg by mal byť členom bariatrickej chirurgickej spoločnosti

5, Lantsberg z Izraela prezentoval súbor 2900 bandáží žalúdka, pričom dospel do štádia, kedy band netunelizuje, hospitalizácia sa skrátila na 12-24 hodín, port ukladá nad sternum a udáva len 7% posunu bandáže



Stánok firmy Johnson-Johnson

6, Rubin z Izraela prezentoval možnosť použitia robota pri bariatrickej chirurgii - operovalitakto 11 pacientov. Operácia je síce komfortná, ale je potrebný výrazne dlhší čas na operáciu.

7, Anselmino z Talianska prezentoval celotalijský register pacientov s aplikovanou SAGB (švédskou adjustovateľnou gastrickou bandážou). V registry majú 1 500 pacientov. Register je otvorený, permanentne sa aktuálne dopĺňa zo všetkých ambulancií po vyšetrení pacienta. Podľa registra majú nasledovné výsledky - 5% reoperácií, 3% zlyhaní, 27 poškodených bandov, 45-50% EWL (excess weight lost - straty z nadváhy proti normálu) za 6 ročné sledovanie.

8, Hoeller z Insbrucku prezentovala prvé klinické skúsenosti s gastrickým pacingom, ktorý použili u 18 pacientov, pričom za rok sledovania došlo k 20% EWL. Je to metóda v stave klinických skúšok u výrazne selektovaných pacientov. Je možné ju použiť u pacientov, kde nepožadujeme výrazné váhové úbytky, alebo u pacientov pred inou plánovanou bariatrickou chirurgiou - aby sa predoperačne znížila hmotnosť pred definitívnou operáciou.

9, Weiner z Nemecka prezentoval skúsenosti s gastrickým bypassom. Vykonali 500 operácií, pričom mali 5% leakov v anastomózach a 5% krvácaní. Gastrický bypass používajú aj ako primárnu bariatrickú operáciu, alebo po zlyhaní iných operácií, napr. po zlyhaní bandáže. podľa jeho údajov je až 9 miliónov Nemcov obéznych.

10, Lemmens z Belgicka prezentoval 3 ročné skúsenosti s laparoskopickou biliopankreatickou diverziou. Za 20 rokov operovali 1950 pacientov, pričom uvedenú metódu použili laparoskopicky u 250 pacientov. 1700 pacientov operovali klasickým otvoreným spôsobom. Pacienti boli indikovaní na OP s priemerným BMI 42, pričom pooperačne klesli priemerne na BMI 28. Operácia má priemernú dĺžku 3 hodiny, hospitalizácia je 3-4 dni. Operácia je podľa mňa pomerne náročná a mutilujúca - vykonávajú CHCE, APE, distálnu gastrektómiu, jejunojejunoanastomózu - antiperistalticky a gastrojejunoanastomózu retrokolicky.

11, Dexter z USA prezentoval v podstate prvé skúsnosti so „sleeve“ gastrektómiou - „rukávovou“ gastrektómiou - na hrubej NGS sa lineárnymi staplami vertikálne zresejú 3/4 žalúdka - ponechá sa antrumpylorická oblasť (asi 7-8 cm). Zo žalúdka vznikne „rukáv“, čím ssa výrazne zníži množstvo prijatej stravy. Operácia trvá približne 150 minút, pacienti boli indikovaní s BMI 47, pričom dosiahli 70% EWL. Mali 11% leakov v staplovanej línii, hlavne v oblasti Hissovho uhla - preto doporučujú staplovanú líniu prešívvať.

12, Miller z Rakúska prezentoval svoje skúsenosti s bandážami u pacientov, ktorí majú zároveň hiátovú herniu. Bandáže vykonávajú na pracovisku 11 rokov. Postup u pacientov s hiátovou herniou je nasledovný :

a, disekcia hiátu

b, aplikácia bandáže

c, hiatoplastika a následne gastropexia

Predpoklady dobrého výsledku - band musí byť aplikovaný do oblasti Hissovho uhla.

13, Suter zo Švajčiarska prezentoval skúsenosti s riešením erózií vzniknutých po bandáži žalúdka. Erózia môže byť skorá aj neskorá komplikácia. Príznaky sú rôzne - od bezpríznakového priebehu, cez vomitus, bolesti, krvácanie, známky infekcie po známky akútneho brucha. Podľa literatúry sa erózie vyskytujú od 1% do 10%. Diagnostika je pomocou RTG, GFS a CT. RTG pasáž však môže vykazovať mylné informácie, výťažnejšia je GFS, resp. CT.. Preto aj doporučujú GFS vyšetrenie aj v pooperačnom sledovaní. Príčiny erózií môžu byť v nesprávnej lokalizácii, pri opakovanom zvracaní, infekcii, pri hyperinflácii počas adjustácií. Terapia spočíva v odstránení bandáže a následne buď v rebandáži alebo v inej bariatrickej operácii.

14, Dargent z Francúzska prezentoval komplikácie pri bandážach žalúdka. Operovali 1 200 pacientov s priemerným BMI 43. Pooperačné komplikácie mali v 2%, neskoré komplikácie v 13%. Týchto 13% predstavuje 162 pacientov - u 109 nastal posun bandu, 28x mali erózie. Extrahovali 80 bandov (6,4%) - pre posun, erózie alebo intoleranciu. Pri liečbe použili repozíciu bandu, nový band alebo jeho extrakciu. Po extrakcii bandu buď zostal pacient bez bandáže alebo vykonali iný typ bariatrickej operácie.

Jeho citát na záver :

„Laparoskopická bandáž žalúdka je najlepším kompromisom medzi rizikom a výhodami operácie.“



Doc. Fried (Praha) a Doc. Dostalík (Ostrava)
pri debate počas prestávky kongresu

Dr. Miller z Rakúska - organizátor kongresu a
známy rakúsky a európsky bariatričný chirurg

MUDr. Ľubomír Marko

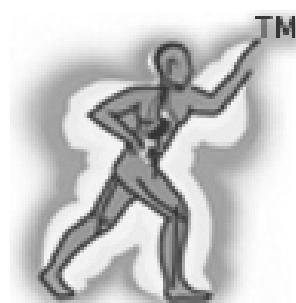
Chirurgická klinika SZU, FNŠP FD Roosevelta, Banská Bystrica

Bariatrická chirurgia

V našom časopise sa budeme venovať hlavne miniinvazívnej chirurgii, kam patrí aj bariatrická chirurgia. V redakčnej rade máme jedného z hlavných predstaviteľov európskej bariatrickej chirurgie, doc. MUDr. Frieda Martina, PhD, s ktorým som dohodol pravidelné články o tejto problematike. K pilotnému článku pridávam určité všeobecné informácie o obezite a jej chirurgickom riešení - IFSO indikačné kritériá na operácie, prevzaté z internetu zo stránky IFSO.

V rámci rozvoja miniinvazívnej chirurgie vo svete sa postupne do v súčasnosti širokej škály miniinvazívnych operácií zaradila aj bariatrická chirurgia. Bariatrická chirurgia sa v minulosti vykonávala klasickým otvoreným spôsobom vo výrazne nižšom meradle ako v súčasnosti pri laparoskopickom postupe. Laparoskopická bariatrická chirurgia svoje prvé kroky začala v Prahe, kde boli vykonané prvé neadjustovateľné bandáže žalúdka. V súčasnosti je pomerne veľké množstvo rôznych typov laparoskopických operácií, ktoré sa v podstate delia na dve hlavné skupiny - reštrikčné a malabsorbčné. V Európe prevládajú bandáže žalúdka, v USA skôr malabsorbčné operácie v zmysle gastrických bypassov, biliopankreatických diverzií a rôznych kombinácií. V Čechách a na Slovensku sa vykonávajú v podstate len reštrikčné operácie - v zmysle neadjustovateľnej a adjustovateľnej bandáže žalúdka. Na Slovensku sú 3 pracoviská, kde sa bariatrická chirurgia vykonáva, avšak počty operácií sú nízke, napriek narastajúcej potrebe. Pracovisko v Bratislave má približne 70 operácií, v Banskej Bystrici vyše 40 operácií a v Košiciach do 20 operácií (sú to približné počty).

Obezita má v súčasnosti už charakter epidémie, resp. podľa amerických štatistík až pandémie.



TM - oficiálny znak IFSO - medzinárodnej spoločnosti bariatrickej chirurgie a zároveň aj jej oficiálneho časopisu Obesity Surgery

I.F.S.O. - (INTERNATIONAL FEDERATION FOR THE SURGERY OF OBESITY)

I.F.S.O Medzinárodná federácia pre chirurgiu obezity

Indikačné kritériá a požiadavky na vykonávanie bariatrickej chirurgie (prevzaté z www stránky IFSO :

Výber pacientov pre bariatrickú chirurgiu :

Body mass index - BMI 40 kg/m² a viac predstavuje klinicky závažnú obezitu, ktorá je zdravotne závažná. Podľa vopred stanovených kritérií, ak sú splnené ostatné podmienky, je vhodná pre bariatrický chirurgický výkon. Pacienti s BMI medzi 35-40 by mali byť vhodní pre operáciu, ak sú splnené medicínske podmienky a očakáva sa dostatočný benefit zo straty hmotnosti. DM a hypertenzia, ak sú ťažko kontrolovateľné pri prílišnej nadváhe, sú takýmito medicínskymi podmienkami. Pretože je ťažké pre širokú verejnosť pochopiť zmysel a výpočet BMI, tieto usmernenia sú vytvorené preto, aby boli ľahšie pochopiteľné. Tieto usmernenia si vyžadujú zahrnutie tabuliek Metropolitan Heights and Weights z roku 1983 vytvorené z dát Metropolitan Life Insurance Company alebo iných podobných tabuliek.

Pacientov je možné vyberať podľa niektorej z týchto usmernení :

1. pacient s BMI 40 a viac alebo 45 kg a viac nad ideálnu hmotnosť podľa tabuliek

2. pacienti s BMI 35-40 alebo s hmotnosťou menej než 45 kg nad ideálnu váhu, ktorí majú závažné zdravotné ochorenia, ktoré si vyžadujú úbytok hmotnosti, súhlasia s rizikom nadchádzajúcej operácie

Pacienti sa musia vedieť o seba postarať alebo je o nich adekvátne postarané, aby sa dali ďalej sledovať. Pacientova prognóza závisí od danej redukcie váhy a daného rizika liečby.

„Zdravotná závažnosť“, je daná symptomami, diagnózou a liečbou danej pri zdravotnej (medicínskej) podmienke.

IFSO preto doporučuje nezávisle každému chirurgovi pred prvým bariatrickým zákrokom, aby každý chirurg splnil tieto minimálne podmienky :

- musí byť trénovaný, kvalifikovaný a certifikovaný všeobecný alebo brušný chirurg, ktorý má zvládnutý kompletný všeobecný program respektíve brušnú chirurgiu
- absolvoval všetky školenia vo všetkých aspektoch bariatrickej chirurgie vrátane poučenia pacienta, podporných skupín, operačných techník, pooperačného sledovania s IFSO, alebo IFSO dcérskej spoločnosti, certifikovaného bariatrického chirurga, alebo takého chirurga, ktorý má za sebou minimálne 200 bariatrických zákrokov a má 5 a viacročné skúsenosti na poli bariatrickej chirurgie
- má písomné potvrdenie od svojho školiteľa o svojich dostatočných schopnostiach z bariatrickej chirurgie
- udržiava si svoje vedomosti na patričnej úrovni v súlade s literatúrou z bariatrickej a bariatrickej chirurgie ako je napr. časopis „Obesity Surgery“
- je alebo bude členom tzv. „Adhering Body of IFSO“, ak nie je taká na území republiky, tak členom IFSO priamo
- má za sebou v poslednom čase minimálne jedno školenie z bariatrickej chirurgie
- osobne je zúčastnený na podpore, výchove a sledovaní svojich bariatrických pacientov
- vykonáva bariatrickú chirurgiu v ústave, kde je na to vybavenie, personál, možnosti a podporný systém pre komfort a bezpečnosť pacientov počas bariatrických chirurgických zákrokov

IFSO súčasne oznamuje, že reoperačná bariatrická chirurgia je viac komplexná a závislá od skúseností z primárnej bariatrickej chirurgie, takisto ako znalosť chirurgických postupov, rizík, výhod, možných komplikácií a implikácií. Toto si vyžaduje dostatočné skúsenosti, súdnosť, ktorá sa dá získať od tých kolegov, ktorí majú predovšetkým skúsenosti s reoperáciami. Preto je treba sa s takými kolegami stykať, vzájomne si referovať, radiť sa a spolupracovať. Takýto skúsení chirurgovia by mali mať široké skúsenosti predovšetkým z reoperatívnej bariatrickej chirurgie - ideálne 60 a viac prípadov.

ASBS Meeting / June 25 - July 1, 2005
Orlando, FL - June 25 - July 1, E-mail: info@asbs.org,
or Website: <http://www.asbs.org> [Abstract Submission](#)

10th Congress of the
International Federation for the Surgery of Obesity (IFSO)
August 31st –September 3rd, 2005
Maastricht, The Netherlands
www.ifso2005.nl

Organizační zajištění kongresu

Nitrolic Acid (200)
 Vanillin (10)
 Vanillin P. (10) (10) (10) (10)
 Chloroform (10)
 Ethyl Acetate (10)

© 2011 Pearson Education, Inc.
All rights reserved.

Důležitá čísla:

- piliññā k'ā dāyā cāsi
- mādā dēt' dherāki
- pūññā k'ā dāyā cāsi
- ūññā ngā dāyā cāsi

05.01.2005

II. năm em học distribute & chứng 2025.

**ČESKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ
A HEPATOLOGICKÝ
KONGRES**

s mezinárodní účastí

Akce je pořádána v rámci oslav 60. výročí založení

Lékařské fakulty UK v Hradci Králové

For information contact Mary Ann Kelly, Virginia Beach

10.–12. listopada 2005

Kongresové centrum ALDIS

Hradec Králové

1. oznámení

Global Goals in Gastroenterology
EXPANDING HORIZONS IN THE 21st CENTURY

2005
WORLD CONGRESS OF GASTROENTEROLOGY

EXCEEDING YOUR EXPECTATIONS!

Join us for the most innovative
scientific gathering on the planet

OMGE OMGE

www.wcog2005.org

Montréal, Canada
September 10-14, 2005



THE EUROPEAN SOCIETY OF
GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY
ESGE



THE EUROPEAN SOCIETY OF
GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY
ESGE



THE EUROPEAN SOCIETY OF
GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY
ESGE

These courses are organized
by the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)

These courses are organized
by the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)



After today you are all
laparoscopic!

Please, tell the trainees
procedure on DVD weekly...

COURSES SCHEDULE 2005

Course Directors: G.B. Cadlière & J. Himpens

WORKSHOPS	
Bariatric Surgery January 13, 15, 19, 20-21 February 2-3, 14 March 16, 23-26 April 27 - September 10 October 14	Gastroplasty February 13 - May 11 September 14 - December 14
Colorectal Surgery February 17-19 October 5-6, 12-13 December 7-8	Hernia Repair Surgery March 2 - September 21 November 9
Nursing Day November 10	

GENERAL COURSES

November 14-15 La Havane	April 19-22 Brussels
November 22-25 Brussels	

www.fap-surgery.com

Vývoj cievnej chirurgie v Slovenskej republike za obdobie rokov 1997 - 2003

Slyško R., Mondek P., Šefránek V.

Klinika cievnej chirurgie, SÚSCH, Bratislava

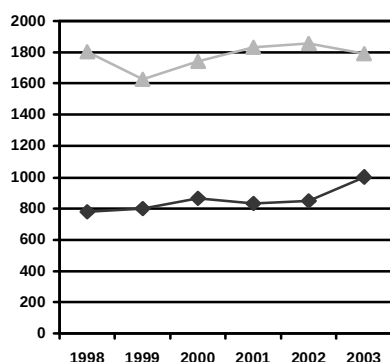
Cieľom článku je oboznámenie odbornej verejnosti o vývoji, súčasných trendoch a smerovaní cievnej chirurgie na území Slovenskej republiky. Dovoľujeme si použiť fakty získané z registra cievnej chirurgie ktorého formuláre sa zasielajú na všetky chirurgické oddelenia na Slovensku pravidelne od roku 1997. Návratnosť formulárov sa pohybuje v rozmedzí 80 – 90%, pričom dôslednejšie vyhodnocovanie procedurálnej úspešnosti, dlhodobej priechodnosti, morbidity a mortality jednotlivých výkonov v rámci SR nie je v súčasnosti reálne. Práca je vyjadrením spracovaných údajov a osobných postrehov autorov.

Pri pohľade na údaje z registra cievnej chirurgie Slovenskej republiky za kalendárny rok 2003 musíme konštatovať, že čísla ničím neočakávaným neprekvapili. Utvrdili tendenciu celkovej stagnácie odboru, idúcej na vrub globálnej ekonomickej situácie v SR, hlavne však nepriaznivého stavu v rezorte zdravotníctva ako takého. Celkový počet arteriálnych rekonštrukčných výkonov sa síce pomaly priblížil k hranici 2 800 výkonov, avšak ak sa detailnejšie pozrieme na proporionalitu elektívnych a urgentných výkonov, zisťujeme, že tento nepatrný posun je spôsobený rastom urgentných operácií. Naopak, počet elektívnych rekonštrukcií v porovnaní s dvoma predchádzajúcimi kalendárnymi rokmi mierne poklesol (graf 1). Akokoľvek budeme porovnávať jednotlivé obdobia, je nevyhnutné zdôrazniť, že rovnako ako v nedávanej minulosti, tak aj súčasný počet arteriálnych rekonštrukcií predstavuje približne 40 % reálnej potreby našej krajiny. Pri tomto konštatovaní vychádzame z demografických údajov vyspelých krajín bývalej „západnej“ Európy. Situácia je značne nelichotivá aj pri porovnaní s Českou republikou, kde zaznamenávame zhruba dvojnásobný počet elektívnych arteriálnych operačných zákrokov s prihliadnutím na počet obyvateľov. Napriek tomu, že dominantné postavenie v Českej republike má srdcová chirurgia, vykonáva cievno-chirurgické operácie významne väčší počet centier, čo sa adekvátne prejavuje na výsledkoch. Na Slovensku je jednoznačná absencia kvalitných cievno-chirurgických pracovísk, schopných vykonávať komplexnú škálu výkonov, čo predpokladá kvalitnú diagnostiku vrátane dynamicky sa rozvíjajúcej endovaskulárnej chirurgie. Spomenuté kritériá komplexnosti, zaručujúce vysoký terapeutický štandard pre pacienta na Slovensku v podstate splňa jediné pracovisko. Absolútne bazálnou by sa javila potreba 3 - 4 centier, geograficky vhodne situovaných. V rámci snahy o vybudovanie pracovísk poskytujúcich vysoký štandard „služieb“ v oblasti „vaskulárnej medicíny“ je nevyhnutná prítomnosť angiologických lôžkových oddelení v spomenutých centrách, zameraných na diagnostiku a konzervatívnu liečbu cievnych ochorení. Okrem prítomnosti angiologických oddelení nemožno zabudnúť ani na adekvátnu sieť ambulantne pracujúcich angiológov respektíve angiochirurgov. Prítomnosť skutočne erudovaných odborníkov v nadväznosti na primárnu sféru by bola zárukou promptnej diagnostiky a nasmerovania pacienta na cievne centrá. Týmto spôsobom by bolo možné znížiť značne vysoký počet primárnych vysokých amputácií, majúci obrovský sociálno-ekonomický dopad tak na pacienta, ako na spoločnosť (graf 2). V porovnaní s Českou republikou je nelichotivý fakt, že počet amputácií na počet obyvateľov je dvojnásobný. Pri pohľade na jednotlivé základné typy angiochirurgických výkonov je rovnako zjavná všeobecná tendencia stagnácie, spomenutá v úvodných riadkoch. Za obdobie posledných 7 rokov sa tejto tendencii mierne vymykala iba chirurgická liečba na extrakraniálnom karotickom riečisku – karotické endarterektómie. Napriek takmer zdvojnásobeniu počtu týchto rekonštrukcií v porovnaní s rokom 1997 musíme podotknúť, že ich reálna potreba v rámci Slovenska je takmer štvornásobná (graf 3). Ďalším dôležitým poznatkom je nárast počtu operácií vďaka jedinému pracovisku (Klinika cievnej chirurgie SÚSCH), pričom počty z ostatných pracovísk ostávajú v súčte takmer nezmenené. Je prítomné iba mierne „prelievanie“ medzi jednotlivými oddeleniami. V oblasti chirurgickej liečby aneuryziem abdominálnej aorty je popri stagnácii celkového počtu (graf 4), ktorý nezohľadňuje epidemiologické predpoklady, prítomný nevýhodný pomer medzi elektívnymi a urgentnými výkonmi pre ruptúru AAA. Tento nie príliš radostný fakt ide na vrub nedostatočného screeningu obyvateľstva vyšších vekových skupín a nízkej dostupnosti diagnostických modalít na Slovensku. Rovnako aj moderný trend endovaskulárnej liečby tejto entity vykonáva iba jedno pracovisko, pričom počty a typy používaných stentgraftov sú výrazne limitované ekonomickými možnosťami. Rekonštrukčné výkony v cievnej chirurgii pre ischemickú chorobu dolných končatín, ktoré tvoria dominantnú časť práce a sú denným „chlebíkom“ každého cievneho chirurga, sa rovnako nevyhli stagnácii, naopak počet

niektorých aj mierne poklesol (graf 5 a 6). Neostáva nič iné ako opätovne konštatovať už staré a obohraté vety. Napriek tomu, že žijeme v 21. storočí, sa bežne a veľmi často stretávame so situáciou, kedy sa pacient dostáva do rúk cievneho chirurga po už zrealizovanej akrálnej amputácii, pochopiteľne bez realizácie angiografického vyšetrenia postihnutej dolnej končatiny . Je to denná prax, vykonávaná tak u diabetikov, ako aj nediabetikov. Až následné nedostatočné hojenie a vitalita amputačných rán sú dôvodom odoslania pacienta k vaskulárnemu špecialistovi. Obávame sa ale, že príčinou tohoto „non lege artis“ postupu nie sú výlučne finančné problémy nemocníc. Celkový počet rekonštrukčných výkonov v aorto-iliacej oblasti vykazuje v porovnaní s minulosťou pokles (graf 7). Príčinou sú dva hlavné faktory. Neustále sa zdokonaľujú endovaskulárne alternatívy liečby, pričom tak perkutánne transluminálne angioplastiky ako aj primárne implantácie stentov v tejto oblasti vykazujú pri morfológicky vhodných typoch lézií objektívne dobré výsledky dlhodobej priechodnosti. V druhom rade je to rezervovanejší prístup angio-chirurga pri indikácii implantácie aorto-bifemorálneho bypassu, zohľadňujúci vek, celkový klinický stav pacienta a funkčné štádium ochorenia. Už dávno je prežitá doba, kedy sa „neliečil pacient, ale röntgenový snímok.“ Absolútny nedostatok rekonštrukčných výkonov sa prejavuje najmä v oblasti liečby splachnickej ischémie a rekonštrukčných výkonov na hlbokom venóznom systéme prevažne dolných končatín. Pretrvávajúcim problémom je medziklinická spolupráca cievneho chirurga a internistu, ktorú by mohli pomôcť preklenúť vyššie spomenutí angiológovia. Ďalší kameň úrazu tkvie v nedostatočnej diagnostike týchto druhov ochorení a nedostatočnom indexe suspexie. Pri liečbe renovaskulárnych ochorení je hlavnou príčinou poklesu výkonov vzostup endovaskulárnych výkonov na renálnych tepnách. Musíme ale konštatovať, že endovaskulárne techniky sa využívajú aj pri tých typoch lézií, ktoré majú podľa randomizovaných štúdií signifikantne lepšie výsledky pri chirurgickej liečbe.

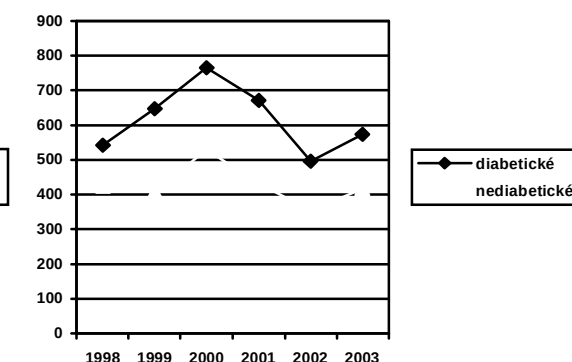
Postupný nárast počtu endovaskulárnych výkonov vo všetkých lokalizáciách, dominantne na artériách dolných končatín je nemenný (graf 8). Kopíruje tak celosvetové moderné trendy vaskulárnej medicíny. Pri tejto príležitosti je potrebné zdôrazniť, že obdobie, kedy sa cievny chirurg venoval výlučne chirurgickej liečbe cievnych ochorení, je nenávratne preč. Zvládnutie základných endovaskulárnych techník a následné vykonávanie endovaskulárnych chirurgických výkonov bude v budúcnosti nevyhnutnosťou. Týmto spôsobom sa z cievneho chirurga stane komplexný vaskulárny špecialista, schopný ponúknuť pacientovi maximálny arzenál terapeutických metód. Tento moderný trend je plne v súlade s požiadavkami Európskej spoločnosti cievnej chirurgie (ESVS) a Sekcie cievnej chirurgie Únie európskych medicínskych spoločností (UEMS), ktorej členom je aj Slovensko v zastúpení Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie.

MUDr. Roman Slyško, MUDr. Peter Mondek, Prof. MUDr. Vladimír Šefránek, CSc.
Klinika cievnej chirurgie, Slovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava



Graf č. 1
Graf č. 1

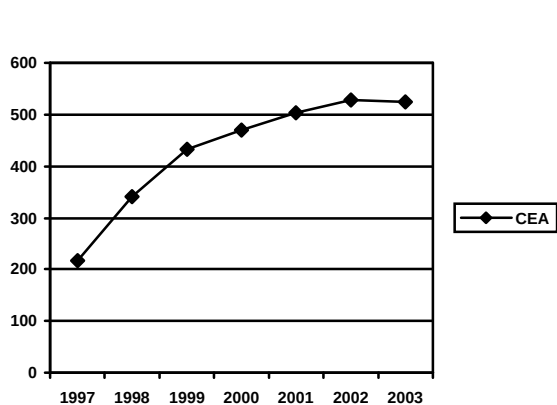
Počet arteriálnych rekonštrukcií (urgentných a elektívnych) za obdobie rokov 1998 - 2003 v SR



Graf č. 2

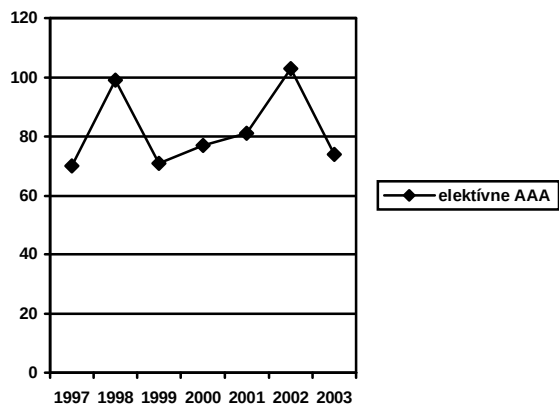
Graf č. 2

Počet diabetických a nediabetických vysokých primárnych amputácií za obdobie 1998 – 2003 v SR



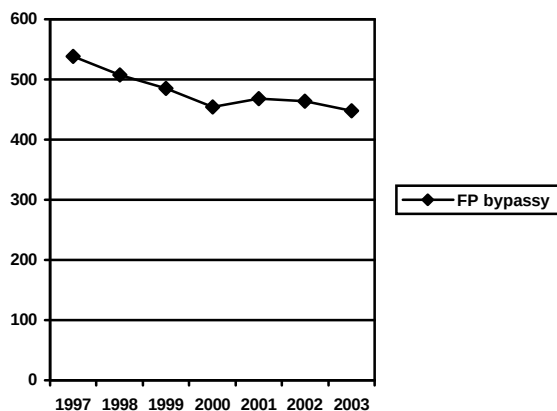
Graf č. 3

Graf č.3 Počet karotických endarterektomií za obdobie 1997 – 2003 v SR



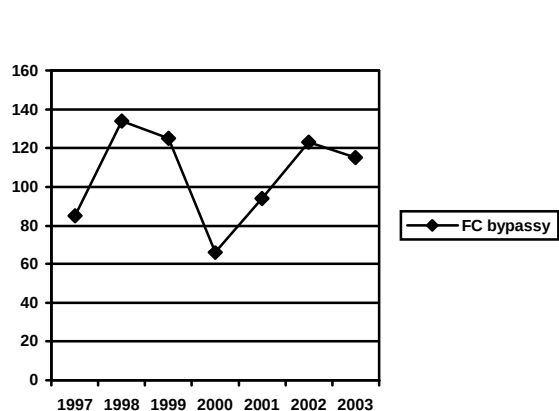
Graf č. 4

Graf č.4 Počet elektívnych infrarenálnych aneuryziem abdominálnej aorty za obdobie 1997–2003 v SR



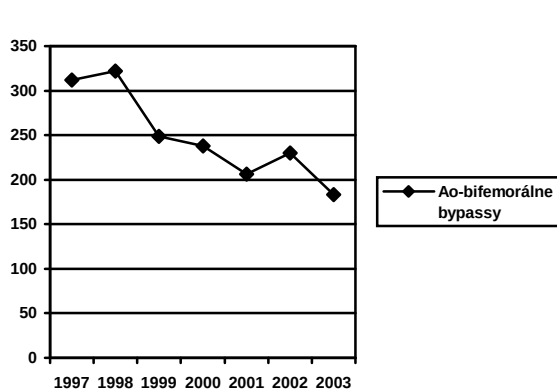
Graf č. 5

Graf č.5 Počet FP bypassev v období 1997 – 2003 v SR



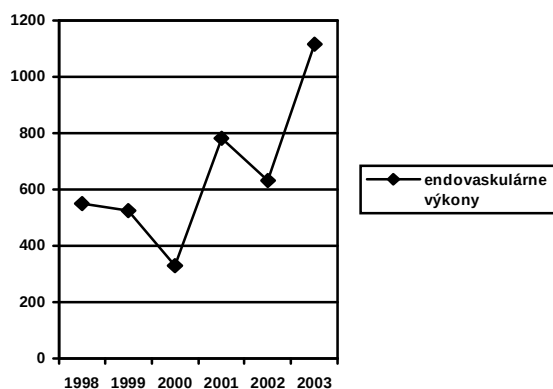
Graf č. 6

Graf č.6 Počet femoro-krurálnych bypassev za obdobie 1997 – 2003 v SR



Graf č. 7

Graf č.7 Počet aorto-bifemorálnych bypassev za obdobie 1997 – 2003 v SR



Graf č. 8

Graf č.8 Počet endovaskulárnych intervencií za obdobie 1998 – 2003 v SR



EAES and IPEG Joint Meeting



June 1-4, 2005

Important deadlines:
Abstract submission 1 February 2005 and Early registration 15 April 2005

Special
congress registration
rates are available to
EAES and IPEG
Members

13TH INTERNATIONAL CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR ENDOSCOPIC SURGERY (EAES) CONGRESS PRESIDENT: PROFESSOR EMANUELE LEZOCHÉ

"New trends in general and oncologic surgery from Venice"

• Wednesday 1st June 2005

Postgraduate Courses, Technology Symposium, Opening Ceremony

• Thursday 2nd – Saturday 4th June 2005

Scientific Sessions, Keynote Lectures, Free Paper Sessions, Video Sessions, Poster Sessions,
EAES Award Sessions, Luncheon Panels, Surgical Skills Center

14TH CONGRESS OF THE INTERNATIONAL PEDIATRIC ENDOSURGERY GROUP (IPEG) CONGRESS DIRECTOR: PROFESSOR KLAAS BAX

"Love for Children Through Technology"

• Wednesday 1st June 2005

Hands-On Course for Suturing & Knotting, Postgraduate Course on
Minimal Access Bariatric Surgery in Children, Opening Ceremony

• Thursday 2nd – Saturday 4th June 2005

Scientific Sessions, Keynote Lectures, Panels, Meet the Professors,
Free Paper Sessions, Video Sessions, Poster Sessions

Joint Session EAES-IPEG

Gastroesophageal Reflux Disease

EAES-IPEG Joint Interests

- Technology
- Teaching and Training

13th EAES Congress

Contact address

EAES Office
PO Box 335
5500 AH, Veldhoven
The Netherlands
Phone: +31(0) 40 252 5288
Fax: +31(0) 40 252 3102
Email: info@eaes-eur.org
www.eaes-eur.org

14th IPEG Congress

Contact Address

IPEG Office
11300 West Olympic Boulevard
Suite 600
Los Angeles, CA 90064
USA
Phone: +1 310 437 0581
Fax: +1 310 437 0585
e-mail: admin@ipeg.org
www.ipeg.org

If you are not an EAES and IPEG Member but would like to receive information on becoming one, simply return the completed form below to the EAES or IPEG Office.

Name: _____
Address: _____
Zip Code & Place: _____
Country: _____
Phone: _____ Fax: _____
E-mail: _____

[illegible]

 **SAGES 2005**
part of Surgical Spring Week (w/ACS & AHPBA)
April 13 - 16, 2005
Fort Lauderdale, Florida

Registration & Housing Early Deadline: March 4, 2005
Register and Book Housing on-line at www.sages.org/registration/

Wednesday, April 13, 2005

- Bariatic Postgraduate Course (full day)
- Laparoscopic Colon Course (weekend kb - full day)
- Digital Course: Understanding Your Video System (afternoon)
- Pediatric Fellows Course (lectures - afternoon)

Thursday, April 14, 2005

- Pediatric Fellows Course (lab - morning)
- Scientific Session (full day), including:
 - Forum on Biliary Injuries (SAGES/AHPBA/ASAI)
- Presidential Address (David Kalish, MD)
- Gerald Marks Lecture (Andrew Warshaw, MD)
- Mgmt. of Suspected Cholelithiasis Panel
- MIS for Colorectal Diseases (SAGES/USCIBS)
- Accepted Oral, Video & Poster presentations
- Opening Exhibit Reception (evening)

Friday, April 15, 2005

- Allied Health Professionals Course (morning)
- Fellowship Council Symposium (morning)
- Scientific Session (full day), including:
 - Karl Storz Lecture (Guy Bernard Cadliere, MD)
 - MIS Approaches to Pancreatic Disease (SAGES/AHPBA)
- Educator's Lunch
- Debaters' Forum: Issues in Bariatic Surgery
- Accepted Oral, Video & Poster presentations
- Learning Center & Exhibits
- Meet the Leadership Reception (evening)
- Beach Main Event & Sing-Off (evening)

Saturday, April 16, 2005

- Industry Breakfasts (morning)
- Solid Organ Postgraduate Course (morning)
- Endoluminal Therapy Postgraduate Course (morning)
- Resident & Fellows Scientific Session (morning)
- Emerging Technology Lunch
- Modern Mgmt. of Colon Cancer Symposium (w/ACS & AHPBA)
- Posters, Learning Center & Exhibits
- An Evening at South Beach

SAGES Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons
Phone: (310) 427-9224 Fax: (310) 427-4389

The 10th World Congress of Endoscopic Surgery hosted by the EAES and incorporating the 14th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) will be held 13 – 16 September 2006 in Berlin, Germany.

A surgical congress of this magnitude will undoubtedly create a dynamic forum for surgeons from all over the world to make contact, establish relationships with universities, hospitals & individuals, and interact with experts from around the world.

The scientific program covering the theme “Techniques and Technologies for Endoscopic Surgery” is constantly evolving and so far consisting of:

Technology Symposium “Operating Room for Endoscopic Surgery” Postgraduate Courses • Obesity Surgery • Hernia Surgery • Colorectal Surgery • Low budget operations Scientific Program • Sensors and sensor based instruments – Electronic implants • Technologies and Techniques for reflux surgery (interactive session)	• Detection of the Endo • Reconstruction of the Intestine • Enhancement by radio • Combination of the endoscopy • Low budget endoscopic equipments – a one day session on low budget technology, low budget procedures • Hernia surgery • Obesity surgery • Colorectal surgery • Reflux I • Reflux II Consensus Conference “Inguinal Hernia”
--	--

— Organization of the Congress —