

VEILND (VideoEndoscopic Inguinal Lymph Node Dissection) – miniinvazivní inguinální lymfadenektomie u karcinomu penisu $\geq$ pT1G2 a cN0

VEILND (VideoEndoscopic Inguinal Lymph Node Dissection)
in penile cancer $\geq$ pT1G2 and cN0

Milan Hora¹, Ivan Trávníček¹, Petr Stránský¹, Štěpánka Nykodýmová¹, Matúš Mlynarčík¹, Jiří Ferda², Denisa Kacerovská³, Ondřej Hes³

¹Urologická klinika, FN Plzeň

²Klinika zobrazovacích metod, FN Plzeň

³Šiklův ústav patologie, FN Plzeň

Došlo: 15. 7. 2019

Přijato: 15. 8. 2019

Kontaktní adresa:

prof. MUDr. Milan Hora, Ph.D., MBA
Urologická klinika LF UK a FN Plzeň
E. Beneše 13
305 99 Plzeň
e-mail: horam@fnplzen.cz

Střet zájmů: Žádný.

Prohlášení o podpoře:

Dedikace MZ ČR – RVO (Fakultní nemocnice)
Plzeň – FNPI, 00669806)

Konflikt zájmů:

Hlavní autor je tutorem pro firmy Medtronic a Covidien.



SOUHRN

Hora M, Trávníček I, Stránský P, Nykodýmova Š, Mlynářčík M, Ferda J, Kacerovská D, Hes O. VEILND (VideoEndoscopic Inguinal Lymph Node Dissection) – miniinvazivní inguinální lymfadenektomie u karcinomu penisu $\geq$ pT1G2 a cN0.

Úvod: U karcinomu penisu $\geq$ pT1G2 cN0 (nehmatné či sporně hmatné spíše nenádorové tříselné uzliny) je indikována invazivní diagnostika. Buď biopsie scintigraficky značené sentinelové uzliny (DSLNB) s rizikem falešně negativních výsledků přes 10 % či přesnější, ale invazivnější modifikovaná inguinální lymfadenektomie (ILND), prováděná standardně otevřeně. Modifikovanou ILND indikujeme zejména u přidružených rizikových faktorů (agresivnější histologie, pozitivní inguinální uzliny při FDG PET MRI/CT, u mladších jedinců). Ke snížení komplikací jsme v roce 2017 zavedli miniinvazivní „laparoskopickou“ ILND. V práci prezentujeme naše zkušenosti s metodikou VEILND.

Soubor, metodika: Od 3/2017 do 6/2019 bylo v našem centru léčeno 30 nově zachycených karcinomů penisu. U 10 případech provedeno VEILND (19 třísel, jednou jednostranně). Výkon byl prováděn v poloze na zádech s dolními končetinami od sebe. Fixem je na kůži označen femorální trojúhelník (spina iliace anterior superior, tuberculum pubicum – spojené s lig. inguinale, m. sartorius a m. adductor longus) a oblast suspektních palpovaných sentinelových uzlin. Z krátké incize na kaudálním vrcholu femorálního trojúhelníku se prstem vytvoří operační prostor pod Camperovou fascií. Zavedení dvou portů – 5 a 11 mm (výhoda jsou trokány s fixačními balonky), incizí videoport, přímohledná optika. Tlak CO_2 na 12 mmHg. V saphena magna je laterálně či na „střeše“ operačního prostoru, někdy i dorzálně, je šetřena. K uvolnění lipolymfatické tkáně od spodiny – femorálních cév, v. saphena magna, fossa ovalis, Camperovy fascie a lig. inguinale – užíváme Ligasure® Maryland (ev. Blunt tip 5 mm). Extrakce lipolymfatické tkáně v Endocatch® bag Gold či přímo incizí bez sáčku. Sukční drén, uzávěr portů. Jednorázová antibiotická proxylaxe (ko-amoxicilin), bandáže dolních končetin, miniheparinizace.

Výsledek: U osmi mužů provedeno oboustranně (u jednoho i s pánevní lymfadenektomií), 1x jednostranně (zde se u primárně prováděné DSLNB jednostranně uzliny nezobrazily). Průměrný věk mužů byl $63,3 \pm 10,4$ (46–78) let. BMI $30,0 \pm 4,7$ (24,5–40,2). Operační čas byl u oboustranné (sedm případů) $134,4 \pm 37,5$ (91–192) min. U jednostranné 66 min, u oboustranné s pánevní 159 min. Průměrný počet získaných uzlin na tříso 7,3 $\pm$ 3,1 (3–14) uzlin. Metastatické postižení prokázáno v sedmi případech (37 %). Doba hospitalizace byla 21,1 $\pm$ 12,1 (7–44) dní. Komplikace se vyskytly u osmi třísel (42,1 %). Jednou 3 b dle Dindo-Clavien (revize pro krvácení s následnou nekrózou části kůže), 7x prolongovaná lymforea či lymfokéla s nutností drenáže (3x infikovaná).

Závěr: Miniinvazivní přístup k inguinální LND (VEILND) je technicky proveditelná a námi nyní preferovaná metodika. Riziko komplikací vyplývajících z insuficientního uzavření lymfatických cév trvá i při této metodice.

SUMMARY

Hora M, Trávníček I, Stránský P, Nykodýmova Š, Mlynářčík M, Ferda J, Kacerovská D, Hes O. VEILND (VideoEndoscopic Inguinal Lymph Node Dissection) in penile cancer $\geq$ pT1G2 and cN0.

Introduction: Invasive diagnosis is indicated in penile carcinoma $\geq$ pT1G2 cN0 (palpable or controversially palpable non-tumorous inguinal nodes). Either a scintigraphically labelled sentinel node (DSLNB) biopsy with false negative risk over 10% or more accurate but more invasive modified inguinal lymphadenectomy (ILND), done usually as open surgery. In particular, modified ILND is indicated in associated risk factors (more aggressive histology, positive inguinal nodes in FDG PET MRI / CT, in younger men). To reduce complications, we introduced a mini-invasive "laparoscopic" ILND in 2017. We present our experience with methodology VEILND.

File, methodology: From 3/2017 to 6/2019, 30 newly detected penile cancers were treated in our centre. In 10 we performed VEILND (19 groins, once unilaterally). Surgery performed in the supine position with lower limbs apart. With felt-tip marked on skin boundaries of a femoral triangle (anterior superior

iliac spine, pubic tubercle - associated with inguinal ligament, sartorius and adductor longus muscle) and a suspected palpated sentinel node. From a short incision on the caudal top of the femoral triangle, a finger creates an operating space under Camper's fascia. Introduction of 2 ports - 5 and 11 mm (preferentially trocar with fixation balloons), incision video-port, optic optics. CO2 pressure at 12 mm Hg. Great saphenous vein is laterally or on the "roof" of the surgical area, sometimes dorsally, is preserved. To release lipolymphatic tissue from the base - femoral vessels, great saphenous vein, oval fossa, Camper's fascia and inguinal ligament - we use Ligasure® Maryland (or Blunt tip 5 mm). Extraction of lipolymphatic tissue in Endocatch® bag Gold or directly by incision without bag. Suction drain, ports' closure. Single shot antibiotic prophylaxis (co-amoxicillin), lower limb bandages, miniheparinization.

Results: In 8 men this was performed bilaterally (one with pelvic lymphadenectomy), 1 unilaterally

(there was not marked SLN on one side in the primary DSLNB). The mean age of men was 63.3 ± 10.4 (46–78) years. BMI 30.0 ± 4.7 (24.5–40.2). The operating time was in two-sided (7 cases) 134.4 ± 37.5 (91–192) min. In single-sided 66 min, both sides with pelvic LND 159 min. Average number of nodes obtained per groin 7.3 ± 3.1 (3–14) nodes. Metastases were demonstrated in 7 groins (37%). The hospitalization period was 21.1 ± 12.1 (7–44) days. Complications occurred in 8 groins (42.1%). Once 3b by Dindo-Clavien (revision for bleeding followed by necrosis of the skin), 7x prolonged lymphorrhea or lymphocele with drainage necessity (3x infected).

Conclusion: The mini-invasive approach to inguinal LND (VEILND) is technically feasible and our preferred method of approach now. The risk of complications resulting from insufficient closure of the lymphatic vessels also remains with this methodology.



Soutěž ČUS



Všechna videa publikovaná v časopise Česká urologie v roce 2019 budou do soutěže zařazena automaticky. Podmínkou zařazení je, že první autor bude urolog.

Vítězné práce budou vyhlášeny na Výroční konferenci ČUS 2020.

Následně budou výsledky zveřejněny v časopisu Česká urologie a na webových stránkách ČUS.