

SOUHRN

Balík M, Sotona O. Laparoskopická korekce parastomální kýly po laparoskopické radikální cystektomii.

Úvod: Radikální cystektomie pro invazivní uroteliální karcinom patří mezi náročné výkony s vysokým rizikem perioperačních i pooperačních komplikací. Parastomální kýla patří k těm vzácnějším, ale o to závažnějším. Pacienta ohrožuje obstrukcí horních močových cest s renální insuficiencí, rozvojem obstrukční pyelonefritidy nebo poruchou střevní pasáže.

Metody: U 66letého muže byla začátkem srpna 2014 provedena laparoskopicky asistovaná radikální cystektomie s profylaktickou appendektomií a extrakorporální konstrukcí Brickerova konduitu. Výkon trval 330 minut, proběhl bez komplikací, krevní ztráta byla 150 ml. Histologicky se jednalo o uroteliální karcinom močového měchýře pT2apN0(16/0)M0, současně byl nalezen incidentalom karcinomu prostaty – GS6 pT1aN0M0. Časný pooperační průběh byl bez komplikací, dvanáctý pooperační den byl pacient propuštěn do domácího ošetřování. Po dvou letech byla zachycena solitární metastáza v pravém dolním plicním poli a parastomální kýla s obsahem střevních kliček. Atypická klínovitá resekce pravého dolního plicního laloku byla provedena v polovině prosince 2016. Histologicky byla prokázána metastáza uroteliálního karcinomu. Po restagingu bylo onkologem rozhodnuto o nepodání chemoterapie pro absenci měřitelné choroby. Pacient byl sledován dva roky od výkonu, a protože nebyla zachycena recidiva základního onemocnění, byl indikován k laparoskopické korekci parastomální kýly.

Výkon byl zahájen založením kapnoperitonea v medioklavikulární čáře vlevo v podžebří. Pod kontrolou zraku byly založeny další dva porty v přední axilární čáře ve výši pupku a v podbřišku. Nejprve byly rozrušeny adheze omenta a střevních kliček k původní minilaparotomii. Poté byly vytaženy adhezující kličky z parastomální kýly a provedena deliberace konduitu. Kýlní síťka Parietex® byla rozbalena po břišní stěně v okolí konduitu a přichycena svorkami Securastrap®.

Výsledky: Výkon proběhl bez komplikací, trval 90 minut, krevní ztráta byla zanedbatelná. Pooperační stav nevyžadoval péči na JIP, od prvního poop. dne byla zahájena mobilizace a převod na pevnou stravu. Třetí poop. den byl extrahován katétr ze stomie a po obnově pasáže byl pacient pátý pooperační den propuštěn do domácího ošetřování.

Závěr: Laparoskopický přístup se zdá být vhodnou alternativou řešení parastomální kýly při Brickerově konduitu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Ureteroileostomie, parastomální hernie, laparoskopická korekce.

SUMMARY

Balík M, Sotona O. Laparoscopic repair of parastomal hernia after laparoscopic radical cystectomy.

Introduction: Radical cystectomy for invasive urothelial carcinoma is a challenging procedure associated with a high risk of perioperative as well as postoperative complications. Parastomal hernia tends to be rather rare, but all the more serious. The patient is at risk of upper urinary tract obstruction with renal insufficiency, development of obstructive pyelonephritis or impaired bowel passage.

Methods: Early August 2014, a 66-year-old man underwent laparoscopy-assisted radical cystectomy with prophylactic appendectomy and extracorporeal Bricker conduit construction. The procedure lasted 330 minutes, there were no complications, and blood loss was 150 mL. Histologically, it was pT2apN0(16/0)M0 urothelial carcinoma of the bladder; simultaneously, an incidentaloma was found: GS6 pT1aN0M0 prostate carcinoma. The early postoperative course was uneventful; on the 12th postoperative day, the patient was discharged to home care. Two years later, a solitary metastasis in the right lower lung field and a parastomal hernia containing bowel loops were detected. Atypical wedge resection of the right lower lung lobe was performed in the middle of December 2016. Histology showed a metastasis of urothelial carcinoma. After restaging, the oncologist chose not to administer chemotherapy because of absence of detectable disease.