

prognóza nebývá příliš příznivá, čemuž přispívá často pozdní klinická manifestace, a tím i pozdější diagnostika. Laparoskopická radikální nefroureterektomie je dnes považována za zlatý standard léčby. U high risk tumorů je v rámci operačního výkonu doporučeno i současné provedení retroperitoneální lymfadenektomie. Poranění dolní duté žíly v rámci tohoto typu výkonu je vzácnou, ale závažnou komplikací (2).

Popis klinického případu: Prezентujeme případ 55leté pacientky s onkologickou duplicitou. Vedle námi prezentovaného tumoru páničky ledvinné pacientka podstoupila v roce 2018 totální ezofagektomii, D2 lymfadenektomii a zadní mediastinální lymfadenektomii s gastroezofagoanastomózou pro tumor jícnu (histopatologicky epidermoidní karcinom klasifikace pT2pN0Mx R1). V rámci restagingového CT vyšetření dva roky po výkonu byl nově na pravé ledvině popsán nejasný nález suspektní z metastatického postižení, diferenciatně diagnosticky bylo uvažováno o abscesovém postižení či o primárním tumoru ledviny. Dále byla popsána retroperitoneální (paraaortální) lymfadenopatie vpravo. Pro nejasný nález byla u pacientky provedena časná CT kontrola s odstupem dvou týdnů, kde je popisována progresse nálezu na ledvině i retroperitoneálních uzlinách. Byla provedena diagnostická ureterorenoskopie vpravo s odběrem studené biopsie včetně výplachové cytologie. Histopatologické i cytologické vyšetření bylo neprůkazné, nicméně pro jednoznačně suspektní endoskopický obraz tumoru byla pacientka indikována k provedení radikální nefroureterektomie včetně retroperitoneální lymfadenektomie vpravo. Vzhledem ke zkušenostem operátora byl zvolen laparoskopický přístup. Výkon byl komplikován poraněním dolní duté žíly během preparace prekavální uzliny. Léze byla rozpoznána perioperačně, a proto bylo možné ji ošetřit primární suturou. Při řešení komplikace bylo postupováno podle pravidel „3 P“ (Pressure, Panic, Port) – tedy promptní komprese léze například stisknutím tampónem a zvýšením tlaku v dutině břišní, dále zachování chladné hlavy a nakonec založení portu pro další nástroj. Na prezentovaném videu

jsou patrné jednotlivé kroky. Sutura je provedena stehem Prolen 3/0. Operační výkon byl proveden kompletně laparoskopicky, trval 4 hodiny a 15 minut. Přestože krevní ztráty byly odhadovány do 1 000 ml, pooperační hladina hemoglobinu byla uspokojivá a stav nevyžadoval podání krevní transfuze. Komplikace dle Clavien-Dindo byla hodnocena jako stupeň 1. Uvolnění intramurální části močovodu bylo provedeno Collinsovým nožem. Pooperační průběh byl nadále přiměřený, drén byl odstraněn 3. pooperační den, pacientka propuštěna do domácí péče 8. pooperační den. Z histopatologického vyšetření se jednalo o skvamózní karcinom páničky ledvinné s pozitivním uzlinovým nálezem (klasifikace pT3pN2 grade 3). Primární skvamózní karcinom páničky ledvinné je raritním histopatologickým nálezem, který tvoří méně než 1 % všech maligních nádorů urotelu, nicméně se jedná o nejběžnější histopatologickou variaci tumorů urotelu (3). Pacientka byla předána k další péči do komplexního onkologického centra, kde je již sledována pro dříve diagnostikovaný karcinom jícnu a byla indikována k podání adjuvantní chemoterapie Cisplatina + Gemzar, podáno celkem pět cyklů, dále ukončeno pro hematotoxicitu. Následně provedené první pooperační CT šest měsíců po výkonu odhalilo mnohočetný metastatický rozsev do plic, suspektně do pravé nadledviny a do paraaortálních uzlin.

Závěr: Retroperitoneální lymfadenektomie představuje důležitý krok v chirurgické léčbě různých urologických tumorů (4). Komplikací výkonu může být poranění dolní duté žíly. Z dalších iatrogenních příčin poranění dolní duté žíly je v literatuře popisováno například zavedení ureterálního stentu (5). Poranění dolní duté žíly může být fatální komplikací operačního výkonu, proto je výhodné rozpoznat jej perioperačně, kdy je možné provést primární suturu dolní duté žíly.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dolní dutá žíla, nefroureterektomie, perioperační poranění cév, retroperitoneální lymfadenektomie, tumory horních močových cest.