

ONKOCHIRURGIA

Kedy je „neresekabilný“ a generalizovaný malignóm pankreasu indikovaný na chirurgickú liečbu ? kazuistika

Kothaj¹, P., Pobeška¹, J., Ablošru¹, E., Ďuriš², I., Kiňová², S.

1, Chirurgická klinika SZU, Fakultná nemocnica F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

Prednosta : Prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc

2, I. interná klinika LF UK, Fakultná nemocnica, Mickiewiczova ul., Bratislava

Prednosta : Prof. MUDr. Ivan Ďuriš, DrSc

Abstrakt

Obrovský, cytologicky overený malignóm pankreasu, ktorý na CT a MR vykazoval známky neresekabilnosti z infiltrácie ciev a mal súčasne prítomné pečeňové metastázy, bol indikovaný na chirurgické riešenie len preto, že sa predpokladal malígnny neuroendokrinný nádor a bola nádej, že aj vysoko paliatívna resekcia môže za predpokladu následnej chemoterapie rast zvyšku nádoru zastaviť. Na príklade tohto prípadu poukazujeme na to, že aj prakticky neresekabilný a generalizovaný nádor pankreasu je v určitých prípadoch indikovaný na chirurgickú liečbu.

Kľúčové slová : zhoubný nádor pankreasu, neuroendokrinný nádor, chirurgická liečba

Kothaj¹, P., Pobeška¹, J., Ablošru¹, E., Ďuriš², I., Kiňová², S.

When is unresectable and generalised pancreatic tumor indicated for surgical treatment ? - case report.

Abstract

Huge, cytologically malignant pancreatic tumor, which was on CT and MR scan unresectable with vascular involvement and which was conducted with hepatic metastasis, was indicated for surgery because we supposed neuroendocrine tumor and we hope that also palliative resection followed by chemotherapy can stop the tumor growth. On this case we show, that almost unresectable and generalised pancreatic tumor is in some cases indicated for surgical treatment.

Key words : pancreatic malignoma, neuroendocrine tumor, surgical treatment

Úvod

Vo všeobecnosti platí, že zhoubné nádory pankreasu, ktoré na CT či MR vykazujú jednoznačné známky neresekabilnosti a sú sprevádzané početnými pečeňovými metastázami, nie sú indikované na chirurgickú liečbu. To platí jednoznačne pri adenokarcinónoch pankreasu. U nádorov, kde sa cytologicky dokáže neuroendokrinný pôvod, však toto pravidlo nemusí platiť, o čom svedčí aj prípad, ktorý je v tejto práci prezentovaný.

Kazuistika

Pacient P. CH., 38-ročný, s klinickými príznakmi ranných a ponámahových stavov zmätenosti bol spočiatku niekoľko rokov vyšetrovaný a hospitalizovaný na psychiatrii. Neskôr bola ako príčina obtiaží zistená hypoglykémia a bolo pátrané po inzulinóme. Na USG a CT bol zistený obrovský nádor pankreasu infiltrujúci cievy a viacpočetné metastázy

v pečeni. Vyšetrenie hladiny inzulínu RIA metódou však nepotvrdilo inzulinóm (hladina inzulínu bola normálna). Punkčnou cytologiou pod USG kontrolou bol nádor overený ako neuroendokrinný malígnny nádor. Konzultovaní chirurgovia na viacerých pracoviskách hodnotili nádor ako jednoznačne neresekabilný pre kompletnejší infiltráciu vena mesenterica superior a jej prítokov, vysokosuspektnú infiltráciu arteria mesenterica superior a pre generalizáciu v pečeni (obrázok č. 1 a 2). Tento nález potvrdilo aj MR vyšetrenie (obrázok č. 3 a 4). Nakoľko bola vyslovená domnieka, že ak by skutočne išlo o neuroendokrinný malignóm (a nie o adenokarcinóm pankreasu), aj parciálna resekcia a zmenšenie nádoru môže zmierniť ťažké hypoglykemicke stavy, umožniť efekt chemoterapie a predĺžiť život pacienta, bol pacient odoslaný na Chirurgickú kliniku SZU do Nemocnice F.D.Roosevelta v Banskej Bystrici

za účelom pokusu o paliatívnu resekciu.

Dňa 10. 2. 2003 bol pacient operovaný s náležom veľkého nádoru hlavy pankreasu veľkosti 10 x 10 cm, v strede ktorého bola nádorom kompletne infiltrovaná vena mesenterica superior a jej prítoky, pričom nádor infiltroval radix mesentéria. Malígne tromby obliterovali celé venózne riečište venu mesenterica superior (obrázky č. 5, 6, 7). Arteria mesenterica superior bola stlačená v strede nádoru, ale priechodná. Tok venóznej krvi z čreva bol obrátený, išiel do vena mesenterica inferior a cez parakolickú hrubú kolaterál popri céku, colon ascendens a transversum do venae gastricae breves a do vena lienalis. V III. segmente pečene bola metastáza priemeru 20 mm, v ostatných segmentoch viac malých metastáz priemeru 5 mm. Nakoľko pacient bol mladý a predoperačná cytológia poukazovala na neuroendokrinnú genézu nádoru ovplyvniteľnú chemoterapiou, bolo rozhodnuté pre radikálne odstránenie nádoru. Vykonaná bola cefalická duodenopankreatektómia s odstránením celého nádoru z radix mesentéria, včetne malígnych trombov z vén. Vena mesenterica superior bola kompletne zresekovaná a miesto jej sútoku s vena lienalis zašité (obrázky č. 8, 9, 10). Pasáž bola obnovená pankreatojejunostomiou, hepatikojejunostomiou, gastrojejunostomiou a Braunovou anastomózou. Metastáza z ľavého laloku pečene veľká 20 mm bola odstránená. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, operačná rana zhojená per primam, pasáž obnovená a glykémie normalizované. Pacient bol prepustený do ambulantnej starostlivosti.

Histologický nález nádoru hlavy pankreasu potvrdil neuroendokrinný malígy nádor pankreasu so známkami angioinvázie v duodéne a metastázami do pečene (primár Dr. Hudec), čo potvrdili aj nádorové markery ako Chromogranin +, Synaptophysin +, GFAP +, PCNA + do 10%, Neurofilamenty +. Po operácii bol pacient znova odovzdaný do starostlivosti I. internej kliniky LF UK v Bratislave, kde bola zahájená chemoterapia: 3 cykly etopsid v dávke 100 mg 1.-3. deň a cis platina v dávke 50 mg 1. deň. Po absolvovaní chemoterapie bola zahájená liečba dlhodobým analógom somatostatínu – lanreotidom (preparát Somuletine P.R.) 30 mg 1 amp. i.m. raz za 14 dní. Táto liečba bola zvolená z dôvodu, že pri celotelovej somatostatinovej receptorovej scintigrafii 111 In-Octreotidom bol nádor aj metastatické ložiská s hustou sieťou SMS receptorov (Doc.Dr.Makaiová) (obrázok č. 11). V súčasnosti, 16 mesiacov po operácii, je stav pacienta stabilizovaný, metastatický proces v pečeni je bez progresie. Klinicky je pacient bez

akýchkoľvek obtiaží, hypoglykémie vymizli. Hodnoty NSE sú v norme. Pacient pracuje.

Diskusia

Neuroendokrinné nádory pankreasu majú nižší stupeň malignity ako vývodové adenokarcinómy, čo dáva chirurgovi možnosť aj paliatívnu resekciu predĺžiť pacientovi život. Aj pokročilé nádory s CT dokázateľnou inváziou do vena mesenterica superior alebo vena portae (tzv. rádiologicky neresekabilné nádory) a prípadne aj nádory s metastázami v pečeni nie sú kontraindikáciou k radikálnym chirurgickým zákrokom pokial' sa cytologicky dokáže, že ide o neuroendokrinný nádor. Jedným z dôkazov tohto tvrdenia sú aj výsledky Norton, ktorý uvádzá v súbore 20 operovaných pokročilých neuroendokrinných malignómov pankreasu (z ktorých 50% javilo röntgenologické známky neresekability a 40% malo pečeňové metastázy) 5-ročné prežívanie pacientov až 80% (1). V prácach, kde sa operácie takýchto nádorov popisujú, nebola zaznamenaná významne vyššia morbidita alebo mortalita ako pri iných resekčných výkonoch na pankreas a to aj tam, kde sa resekcie pankreasu vykonávali len ako paliatívne výkony (2). Táto okolnosť jednoznačne indikuje predoperačné cytologicke vyšetrenie všetkých nádorov pankreasu, najmä tých, kde sa pre CT známkы neresekabilnosti uvažuje o kontraindikácii operačného výkonu (3). V súbore 24 neuroendokrinných nádorov pankreasu, operovaných na Chirurgickej klinike Fakultnej nemocnice v Banskej Bystrici v období 1996 – 2003 sa 7 dalo hodnotiť ako pokročilé : u 5 z nich v čase operácie nachádzali metastázy v pečeni a u 2 z nich bolo nutné resekovať časť vena mesenterica superior. Všetci piati pacienti sa po operácii podrobili chemoterapii, ani jeden z týchto pacientov neexitoval skôr ako 3 roky po operácii.

Záver

Uvádzaný príklad úspešne operovaného mladého muža s pokročilým neuroendokrinným malignómom pankreasu potvrdzuje skúsenosť, že pokial' sa cytologicky potvrdí neuroendokrinný pôvod nádoru, je indikovaný pokus o jeho odstránenie aj v prípade keď sú prítomné pečeňové metastázy, pretože v takýchto prípadoch znamená chirurgická liečba významné predĺženie života (4). Táto kazuistika súčasne dokazuje, že CT a MR známky neresekabilnosti nádoru pankreasu, ako sú všeobecne akceptované u adenokarcinómov (5), nemusia platiť u neuroendokrinných malígnych nádorov.

Literatúra

1. Norton J.A., Kivlen M., Li M., Schneider D., Chuter T., Jensen R.T.: Morbidity and mortality of aggressive resection in patients with advanced neuroendocrine tumors. Arch. Surg., 138, 2003, 8, s. 859 – 866.
2. Matthews B.D., Smith T.I., Kercher K.W., Holder W.D.jr., Heniford B.T.: Surgical experience with functioning pancreatic neuroendocrine tumors. Am. Surg., 68, 2002, 8, s. 665 – 666.
3. Dolan J.P., Norton J.A.: Neuroendocrine Tumors of the Pancreas and Gastrointestinal Tract. In : Norton J.A., et al.: Surgery – Basic Science and Clinical Evidence. Springer, New York 2001, s. 919 – 966.
4. Nagorney D.M., Que F.G.: Cytoreductive hepatic surgery for metastatic gastrointestinal neuroendocrine tumors. In: Mignon M.: Endocrine Tumors of Pancreas. Recent Advances in Research and Management. Karger, Basel 1995, s. 416.
5. Kothaj P.: Chirurgická liečba rakoviny pankreasu. Vlastný náklad, Banská Bystrica 1996.

Obrázková príloha

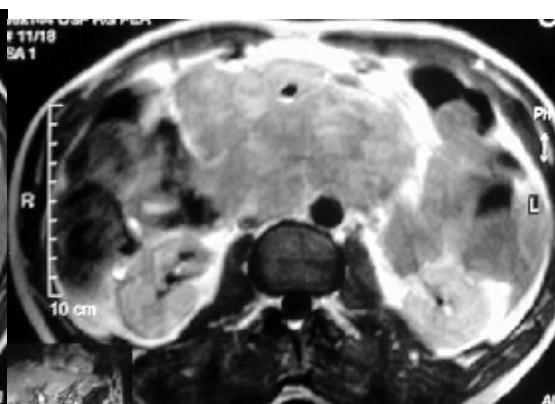
Obr. č.1: CT obraz nádoru – mesenteriálna tepna ide stredom nádoru, mesenteriálna véna kompletnie infiltrovaná nádorom



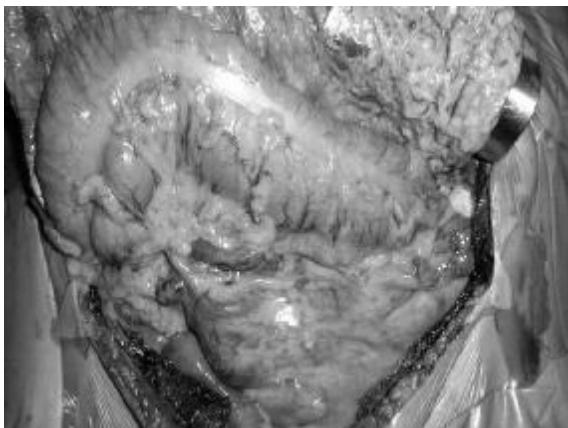
Obr. č.2: CT obraz nádoru – mesenteriálna tepna vysunutá nádoromv radixe mesentéria



Obr. č.3: MR obraz nádoru – mesenteriálna tepna ide stredom nádoru, mesenteriálna véna kompletnie infiltrovaná nádorom



Obr. č.4: MR obraz nádoru – mesenteriálna tepna vysunutá nádorom v radixe mesentéria



Obr. č.5: Nádor hlavy pankreasu zasahuje do radixu mesentéria



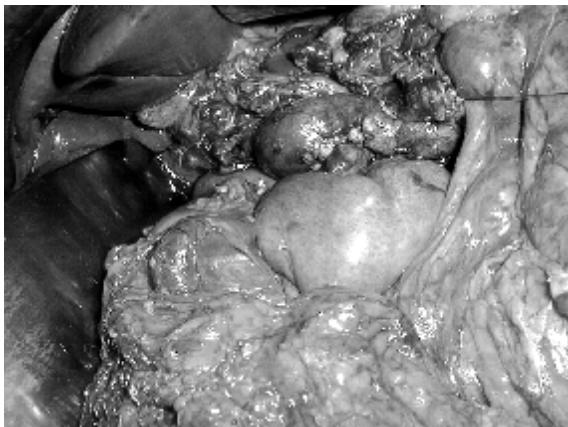
Obr. č.6: Vena mesenterica superior kompletnie infiltrovaná nádorom (pinzeta ukazuje na vénu)



Obr. č.7: Vena mesenterica superior otvorená, vidieť lumen cievky vyplnený nádorovým trombom



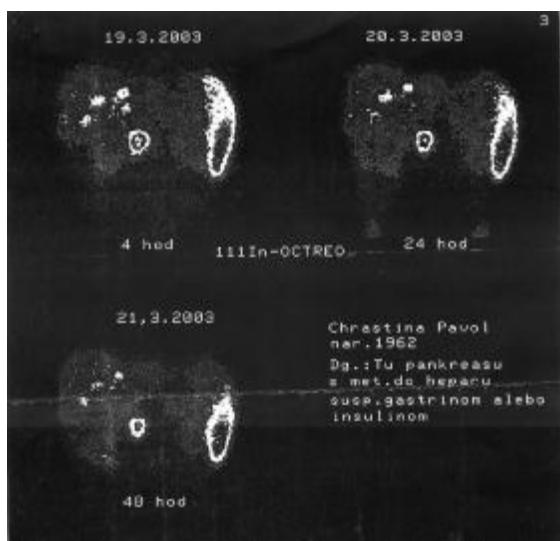
Obr. č.8: Nádorový trombus vytiahnutý z prerušenej vena mesenterica superior



Obr. č.9: Vena mesenterica superior zresekovaná, jej vtok do vena lienalis je suturovaný



Obr. č.10: Resekát nádoru hlavy pankreasu, vidieť výbežky maligných trombov, ktoré infiltrovali do vena mesenterica superior a jej prítokov



Obr. č.11: Pooperačný scintigram 111-In Octreotidom, kde vidieť početné metastázy v pečeni.
Po chemoterapii sú bez progresie v porovnaní s operačným náležom.

V. SLOVENSKÝ KONGRES CHIRURGIE RUKY s medzinárodnou účasťou 21.10. - 22. 10. 2004, Kongresová sála v Hoteli pod zámkom, Bojnice

Organizátor : Slovenská spoločnosť pre chirurgiu ruky, Chirurgické oddelenie nemocnice v Bojniciach, prim. MUDr. Jozef Konečný

Nosné témy :

- Poranenia šliach, rekonštrukčné výkony
- Mininvasívne operácie ruky a zápästia
- Varia, infekcie ruky

Kongresový poplatok : 500 Sk

Ubytovanie: Hotel pod zámkom, Hurbanovo námestie 2, 972 01 Bojnice, kongresové ceny ubytovania cca 750-900Sk/osobu/deň, kapacita hotela 150 miest. Rezervujte si včas ubytovanie u pani Havlíkovej a Kotríkovej.

Tel: ++421465185400, 518 5100, 540 2650, www.slovak-holiday.com

e-mail: vavrospol@stonline.sk, recepshotel@.sk, fax: 046 540 2582

Vážení priatelia chirurgie ruky,

dovoľte mi opäť Vás pozvať do historického a veľmi príjemného prostredia Bojníc, kde pripravíme pre Vás opäť kvalitný kongres pálčivých problémov chirurgie ruky, ktorá nás všetkých spája. Vstup do Európskej únie prináša i v oblasti chirurgie ruky nové možnosti spolupráce, ale zároveň i požiadavku zlepšiť starostlivosť ošetrenia úrazov a ochorení ruky na úroveň vyspelých štátov EÚ. Verím, že i vy prispejete svojimi príspevkami k obohateniu vedeckého programu. Bohatý spoločenský program aj v priestoroch Bojnického zámku, návšteva Bojnických kúpeľov Vám i Vašim priateľom určite prinesie veľmi príjemné zážitky.

S úctou MUDr. Jaroslav Cigaňák, PhD, prezentant kongresu

Pokyny pre autorov :

Text abstraktu môže byť v slovenčine, češtine alebo v angličtine v rozsahu 160 znakov. Odporúčaný textový editor MS Word, typ písma New Roman 10pt, riadkovanie 1. Záhlavie abstraktu musí obsahovať: Názov /veľké písmená/, Meno a priezvisko autorov, názov pracoviska, mesto, Štát. Abstrakty zasielajte v elektronickej forme na e-mailovú adresu: jciganak@hospital-bojnice.sk, alebo ako súbor na CD, resp. diskete 3,5 na adresu: MUDr. Jaroslav Cigaňák, PhD; Chirurgické oddelenie nemocnice v Bojniciach; Nemocničná 2; 972 01 BOJNICE.

Termín zaslania abstraktu je 9.9.2004

Informácie :

www.hospital-bojnice.sk, v menu rôzne, Tel: 00421 46 5112 276, Fax: 00421 46 541 36619

LAPAROSKOPICKÁ ONKOCHIRURGIA

Naše zkušenosti s transhiatální laparoskopickou ezofagektomií

Neoral Č., Aujeský R., Král V., Bohanes T., Vrba R.

I.chirurgická klinika FN a LF UP v Olomouci
Přednosta: prof. MUDr. Vladimír Král, CSc.

Souhrn

Autoři prezentují svoje zkušenosti s transhiatálním laparoskopickým odstranění jícnu. K zavedení metody je donutil fakt, že u těch nemocných, kde by byla indikována exstirpace jícnu bez torakotomie, dochází v důsledku neoadjuvantní konkomitantní chemoradioterapie k většímu procentu komplikací. Je to zejména krvácení, které komplikuje tento výkon a vynutilo si opakování revize mezihrudí. Jak tato komplikace tak i zvýšení radikality výkonu vedl k nutnosti vizualizovat exstirpační fázi operace.

Klíčová slova : karcinom jícnu, neoadjuvantní chemoradioterapie, miniinvazivní transhiatální exstirpace jícnu

Neoral Č., Aujeský R., Král V., Bohanes T., Vrba R.

Laparoscopic transhiatal esophagectomy - our experience

Summary

The authors present their experience in transhiatal videolaparoscopic extirpation of the esophagus. The method was introduced because of a higher occurrence of complications due to neoadjuvant concomitant radio-chemotherapy. It is especially bleeding, which complicates the surgery and requires frequently a revision of the mediastinum. Both prevention from this complication and enhancement of radicality of the procedure makes for the necessity to visualize the extirpation phase of the surgery.

Key words : esophageal cancer, neoadjuvant radio-chemotherapy, minimally invasive transhiatal extirpation of the esophagus

Úvod

Na I. chirurgické klinice v Olomouci má léčba karcinomu jícnu dlouholetou tradici, rozvíjí se od roku 1947. Průměrná frekvence pacientů s radikálně odstraněným jícнем se v poslední době pohybuje okolo 28 nemocných za rok, za 55ti leté období do konce roku 2002 bylo odoperováno celkem 1151 nemocných. Z toho 476 s karcinomem distální třetiny jícnu a 675 s karcinomem v ostatních částech jícnu. V sestavě vysoko převládají muži 79% v prvé skupině a 81% u druhé skupiny. Dlouhodobé výsledky v sestavě pacientů s radikálně odstraněným jícнем pro karcinom jsou špatné. V námi hodnocené skupině 138 operovaných pacientů z let 1993 – 1998 pět let od operace nepřežívá ani 7 % nemocných (6,8%). Hledají se možnosti jak ovlivnit prognózu nemocných komplexní terapií. Naděje vkládané do pooperační adjuvantní léčby se nesplnily a tyto postupy nepřinesly výrazné

zlepšení snad vyjma oblasti ezofagokardiální junkce. Proto jsme v posledních pěti letech obrátili pozornost k možnostem neoadjuvantní konkomitantní chemoradioterapie, kde se ukazují předběžné výsledky nadějnější, alespoň v mediánu přežívání.

Soubor

Zkušenosti s laparoskopickou transhiatální exstirpací jícnu jsme získali v rámci pilotní studie, zaměřené na zařazení neoadjuvantní konkomitantní radio-chemoterapie. Ta byla realizována ve třech větvích vždy po 15 pacientech. Stádia onemocnění jsou v rozmezích od T2 N0 M0 po T3 N1 M0. Pro pacienty je mimo stadia onemocnění limitující věk, který je mezi 18. - 70. rokem. Není zohledněn histologický typ tumoru. Nemocným je poskytnuta předoperačně konkomitantní radioterapie stejnou dávkou 54 Gy a chemoterapie

s různou kombinací cytostatik v jednotlivých větvích. Bezprostřední výsledky tohoto typu terapie v této pilotní se zdají lepší a tato metoda se ukazuje jako povzbudivá. Ve většině případů došlo k redukci velikosti tumoru. Objektivní odpověď byla zaznamenána u 39 nemocných. V některých případech a to u spinocelulárního tumoru (28 nemocných) byla dokonce zaznamenána celková remise histologického nálezu (9 nemocných). Operace, spočívající v odstranění jícnu, následovala nejčastěji v odstupu 4 týdnů, vyjma 3 případů, kdy byla konstatována předlěčebně nezjištěná generalizace procesu. Popsané operační miniinvazivní transhiatální řešení podstoupilo do dnešní doby 27 nemocných a to buď s tumorem v oblasti distálního jícnu, nebo dolní polovině jícnu v případech tumorů v remisi a stadia N0.

Metody

Tento terapeutický postup si vyžádal změnu v operační technice. U nemocných po radiochemoterapii se opakovaně vyskytla peroperační komplikace při prováděné exstirpací jícnu bez torakotomie – Orringerovou metodou. Podstatou komplikace bylo krvácení z mediastina, které si vyžádalo následnou torakotomickou revizi. Jak tento důvod, ale také pro zvýšení radikality výkonu vyvstal požadavek na vizualizaci exstirpační části operace, umožňující jak odstranění uzlin, tak důsledné ošetření krvácivých tkání v ozařovaném poli. To lze docílit nejlépe laparoskopickou transhiatální exstirpací jícnu.

Operační postup

Přerušujeme Leimerovu membranu, preparujeme braniční krus a isolujeme distální část jícnu. Je možno současně isolovat i žaludeční fundus. Postupně pronikáme do mediastina. Pod videoskopickou kontrolou lze bezpečně proniknout okolo tumoru. Identifikujeme případné paraezofageální uzliny zejména v ezofago-aortálním prostoru. Pokud jsou nalezeny, odebíráme je společně s preparátem. Taktéž lze proniknout poměrně snadno až k bifurkaci trachey, někdy i výše. Uvolňujeme jícen pod v. azygos a při preparaci proximálněji doporučujeme verifikovat n. laryngeus recurrentis. Z levostranné krční incise preparujeme krční jícen. Je výhodnější postupovat dále tupě tampónkem v kleštích směrem na horní hranici hrudního jícnu, až jej nakonec

identifikujeme v zorném poli. Tím je jícen z podstatné části uvolněn. Jícen přerušíme v krční incizi a pokud není zcela uvolněn, vyjma místa tumoru kde je uvolnění podmínkou, potom do distálního části zavádíme bužii, ke které je jícen fixován. Její volný konec vyvedeme z malé incize v subkardiální oblasti při malém zakřivení žaludku. V případě kompletního uvolnění stáhneme jícen do dutiny břišní. Při inkompletním uvolnění v oblasti pod aperturou hrudní tahem za bužii dokončíme exstirpací jícnu. Přitom je evertována již prakticky jen jeho proximální část z oblasti mimo ozařované pole.

V operaci můžeme pokračovat laparoskopicky, je však zdlouhavější a proto preferujeme dále klasický způsob operování. Rozsah laparotomie však může být výrazně redukován v závislosti na délce laparoskopicky provedené skeletizace žaludku. Z laparotomie konstruujeme zvykle tubus z velkého zakřivení žaludku. Vždy provádíme pyloromytomii. Transponát je protažen do krční oblasti a zde je konstruována většinou jednovrstevná ezofago-gastroanastomóza vstřebatelným stehem.

Výsledky

Tento způsob operace jsme zatím použili v posledních 4 letech u 27 pacientů. Většina z nich byli muži 22, v 5 případech ženy. Průměrný věk 64 let. Délka operačního výkonu se v průměru pohybovala okolo 210 minut (od 180 min do 290). Při klasickém způsobu operování se průměrná doba operačního výkonu pohybuje okolo 190 minut. U žádného nemocného nedošlo k závažné peroperační komplikaci. Z komplikací, které hodnotíme jako méně závažné, došlo 2 x peroperačně k otevření jícnu. U 23 pacientů došlo k otevření pravé pleurální dutiny a to většinou v místě původního výskytu tumoru, což ovšem považujeme v těchto případech za nevyhnutelné. Ve 4 případech došlo současně k otevření i levého hemithoraxu. Otevřený hemitorax byl vždy drénován. Většina nemocných se zahojila bez komplikací a byla propuštěna mezi 10. – 14. dnem do domácího léčení. U třech pacientů byla hospitalizace prodloužena na 22, 24 resp. 27 dní v důsledku píštěle v krční anastomóze. Všichni pacienti jsou jako zvykle pravidelně sledováni naší gastroenterologickou ambulancí. Šest pacientů z této sestavy jsme dosud ztratili

na recidivu onemocnění a to po 11, 12, 15, 19, 25 a 37 měsících od operace.

Diskuse

První sdělení, preferující zejména u pacientů s diagnostikovaným spinocelulárním karcinomem jícnu kombinovanou terapii, tedy chemoradioterapii a operaci, oproti isolovaným léčebným postupům se objevují již téměř před 20 lety (1). Totéž bylo prokázáno za určitých podmínek při kombinaci léčby i u adenokarcinomu distálního jícnu (2,3,4). Preferována je přitom neoadjuvantní chemo-radioterapie a následná operace. U nás bylo dle pilotní studie v jednotlivých větvích podání chemoterapie sledováno ozářováním. Ozářování je tedy součástí tohoto neoadjuvantního postupu, trvá 5 týdnů a dosahuje cílové dávky 54 Gy. Hyperfrakcionovaná aplikace v jednotlivých dávkách 1,08 Gy umožňuje stran postiradiačně zjišťované minimální infiltrace poměrně záhy po dokončení ozáření (4 týdny) pacienty operovat. To konvenuje klasickému chirurgickému postupu u malignit gastrointestinálního traktu, inklinujícímu k operačnímu řešení v co nejkratší době. Na straně druhé však postradiační změny přece jenom ovlivňují operační pole fragilitou cév a zvýšenou krvácivostí, takže některé postupy odstranění jícnu jako je Orringerova metoda (5) (exstirpace jícnu „na slepo“, či bez torakotomie) se ukazují jako nevhodné či pro pacienta nepříliš bezpečné. Miniinvazivní způsob operování, tak jak jej uvádíme a jak jsme s ním získali zkušenosti, považujeme za vhodnou alternativu umožňující operovat

zejména rizikovější nemocné, pro které by byl radikálnější dvoudutinový výkon nad jejich síly. Přestože uvedený postup má podporu v literárních zdrojích (6), jsme si vědomi, že například ISDE (The International Society for Diseases of the Esophagus) dlouho nepovažovala miniinvazivní výkon za doporučení hodný u operací pro karcinom jícnu. Myslíme si však, že dochází ke změně hodnocení tohoto výkonu, jelikož dnes jsme schopni tímto operačním způsobem nabídnout obdobnou radikalitu výkonu včetně potřebné lymfadenektomie, kterou na naší klinice provádíme převážně v rozsahu 2 etáží.

Závěr

Uvedenou operační metodu, která má všechny atributy miniinvazivního výkonu při své exstirpační fázi v mediastinu, považujeme za výhodnou zejména u skupiny nemocných, která byla podrobena předoperační radiochemoterapii. Nahrazuje tak transtorakální výkon, který by byl jinak pro prevenci krvácivých komplikací u nemocných s ozářením operačního pole nutný. Transhiatalní laparoskopický způsob operace prodlužuje operační dobu, ale ještě na únosnou míru. Operační výkon by se dal provézt celý laparoskopicky v kombinaci s krční incizí. Z této varianty operace by nemocní mohli profitovat díky všem známým výhodám miniinvazivního způsobu operování. Za nevýhodu považujeme výraznější prodloužení operačního času překračující dle našeho mínění únosnou mez a také ekonomickou zátěž operace při výhradním použití endo-staplerů.

Práce je dedikována IGA grantům: Na 7668-3 a ND 7169-3.

Literatura

1. Leichman L., Steiner Z., Seydel H.G., et al: Preoperative chemotherapy and radiation therapy for patients with cancer of the esophagus a potentially curative approach. J.Clin.Oncol, 1984, 2, 75-9
2. Danoff B., Cooper J and Klein M.: Primary adenocarcinoma of the esophagus. Clin.Radiol., 1978, 29, 519-22
3. Lokich J.J., Shea M and Chaffey J.: Sequential infusion 5-fluorouracil followed by concomitant radiation for tumours of the esophagus and gastroesophageal junction. Cancer., 1987, 60, 275-9
4. Stewart J.R., Hoff S.J., Johnson D.H. et al.: Improved survival with neoadjuvant therapy and resection for adenocarcinoma of the esophagus. Ann Surg., 1993, 218, 571-8
5. Orringer M.B., Marshall B and Stirling M.C.: Transhiatal esophagectomy for benign and malignant disease. J. Thorac Cardiovasc.Surg., 1993, 105, 265-76
6. De Paula A.L., Hashiba K., Ferreira E.A et al.: Laparoscopic transhiatal esophagectomy with esophagogastroplasty. Surg Laparosc Endosc, 1995, 5, 1-5

HRUDNÁ ONKOCHIRURGIA

Prínos neoadjuvantnej onkologickej liečby pri lokálne pokročilom bronchogénnom karcinóme

Dzian¹, A., Hamžík², J.

1. Jesseniova lekárska fakulta UK Martin

2. I. chirurgická klinika JLFUK a MFN Martin

Prednosta : Doc. MUDr. Dušan Mištuna, PhD., mim.prof.

Súhrn

Úvod : Autori predkladanej štúdie hodnotia účinnosť jednotlivých typov neoadjuvantnej liečby, typy chirurgických výkonov, výskyt pooperačných komplikácií a ich potenciálnu súvislosť s neoadjuvantným režimom a prežívanie pacientov s lokálne pokročilým nemalobunkovým plúcnym karcinómom (NSCLC).

Metodika a súbor pacientov : Retrospektívne sú vyhodnotení 50 pacienti, ktorí pred resekciou plúc dostali niektorú z neoadjuvantných modalít.

Výsledky: Po chemoterapii sa dosiahla klinická odpoveď (downstaging) v 82% a po kombinovanej chemo aj rádioterapii v 68%. Pooperačná morbidita v súbore predstavuje 22% a mortalita 4%. Vyhodnotené 2- ročné prežívanie spoločne pre všetky režimy je 44% s mediánom prežívania 25 mesiacov.

Záver : Význam neoadjuvantnej onkologickej terapie u lokálne pokročilého NSCLC je v danom súbore pacientov evidentný. Aplikovaná neoadjuvantná terapia neprináša, podľa zistení autorov štúdie, zvýšenie pooperačnej mortality a morbidity.

Kľúčové slová : nemalobunkový plúcny karcinóm, neoadjuvantná terapia, downstaging, morbidita, mortalita, prežívanie.

Dzian A., Hamžík J.

Contribution of neoadjuvant oncologic therapy in locally advanced non-small cell lung carcinoma

Summary

Background : The authors of submitted study assess the effect of some modalities of neoadjuvant therapy, types of surgical procedures, occurrence of postoperative complications, that might be connected to neoadjuvant regimen and survival of patients with locally advanced non-small cell lung cancer (NSCLC).

Methods and patient file: 50 patients, who got some kind of neoadjuvant modality preoperatively, are evaluated retrospectively.

Results: The clinical response rate of neoadjuvant chemotherapy itself was 82% and of chemo-radiotherapy was 68%. Postoperative morbidity in our group of patients was 22% and mortality 4%. 2-year survival for all neoadjuvant regimens was 44% with 25 months median survival.

Conclusion: Importance of neoadjuvant oncological therapy in locally advanced NSCLC is obvious. It has been associated with the high response and the resectability rates in our group of patients. Application of neoadjuvant therapy does not increase postoperative mortality and morbidity.

Keywords : non-small cell lung cancer, neoadjuvant therapy, downstaging, morbidity, mortality, survival.

Úvod

Nemalobunkový plúcny karcinóm (NSCLC) je pre svoju vysokú incidenciu a vysokú mortalitu celosvetový problém. Na Slovensku je ročne diagnostikovaných približne 3 000 nových prípadov, z ktorých je asi len 10% indikovaných na primárnu resekciu (1). Chirurgická resekcia

zostáva však stále jedinou potenciálne kurabilnou liečebnou modalitou. Podmienkou pre zlepšenie perspektívy pacientov je diagnostikovanie NSCLC ešte v operabilnom štádiu. Včasné a radikálne operačné zákroky môžu byť kuratívny, alebo môžu výrazne predĺžiť prežívanie. Približne 25% - 30% pacientov s NSCLC je však

diagnostikovaných v štádiu lokálne pokročilého ochorenia (štádium III TNM klasifikácie), ktoré nie je indikované k primárnej chirurgickej resekcií, pričom 5-ročné prežívanie predstavuje v tomto štádiu 10% a menej (2). Štádium IIIA s N2 ochorením (metastázy v homolaterálnych mediastínálnych a/alebo subkarinálnych lymfatických uzlinách) sa pokladá za hranične operabilné a všetky prípady v štádiu IIIB sa považujú za nevhodné na primárnu resekcii. Nodálny status sa považuje za rozhodujúci prognostický faktor z hľadiska prežívania (3,4,5,6,7). U pacientov s lokálne pokročilým NSCLC bola v minulosti štandardne indikovaná len onkologická terapia. V posledných dekádach 20. storočia sa začala presadzovať koncepcia predoperačnej (neoadjuvantnej) onkologickej liečby pri lokálne pokročilom NSCLC. Aplikácia samotnej predoperačnej rádioterapie znamenala sice zvýšenie operability, ale podľa veľkých štúdií neviedla k predĺženiu života chorých (5). Rádioterapia pôsobí lokálne a nezasahuje vzdialené mikrometastázy, ktoré sa nachádzajú v kostnej dreni takmer u polovice pacientov s lokálne pokročilým NSCLC (3). Preto je logicky opodstatnený systémový prístup, ktorý predstavuje indukčná chemoterapia.

V uvedenej štúdií hodnotíme percento downstagingu a zvýšenia resekability u jednotlivých typov neoadjuvantných modalít, pooperačné morbiditu a mortalitu u pacientov, ktorí podstúpili niektorý z neoadjuvantných režimov v porovnaní s resekciami bez neoadjuvancie a napokon vyhodnocujeme prežívanie pacientov.

Metodika a súbor pacientov

Z materiálov Ústavu tuberkulózy, plúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie vo Vysných Hágoch, kde v tom čase pôsobil jeden z autorov, sme spracovali údaje 48 pacientov, ktorí sa v rokoch 1994-2001 podrobili plúcnej resekcií po absolvovaní niektorého z neoadjuvantných režimov. Súbor sme doplnili 2 pacientmi, ktorí podstúpili resekčnú liečbu po neoadjuvancii na I. chirurgickej klinike JLFUK a MFN v Martine v roku 2003. Údaje sa týkali typu neoadjuvantnej terapie, štátia ochorenia pred a po danej terapii, typu operačného výkonu a výskytu pooperačných komplikácií. Prežívanie sme vyhodnotili z informácií, ktoré nám zaslali ošetrujúci lekári daných pacientov na základe našich dotazníkov. Do súboru bolo spolu zaradených 50 pacientov, 48 mužov (96%), 2 ženy (4%). Priemerný vek bol 57 rokov (rozsah 42-79 rokov), vekový medián 60 rokov. Epidermoidný karcinóm sa vyskytoval u 74% pacientov, adenokarcinóm u 10%, vel'kobunkový u 12% a adenosquamózny u 4%

pacientov (graf 1). 60% tumorov bolo lokalizovaných vpravo, 40% vľavo. 28% (n14) pacientov podstúpilo predoperačne len rádioterapiu, 34% (n17) samotnú chemoterapiu a 38% (n19) kombináciu chemo- a rádioterapie (graf 2). Chirurgické výkony boli zastúpené nasledovne: 50% pneumonektómií, 26% lobektómií, 20% exploratívnych torakotómií a 4% bilobektómií (tab.1).

Výsledky

Pred neoadjuvanciou bolo v štádium IIIA 26 pacientov, v štádium IIIB 23, a v IV štádiu 1 pacient. Klinická odpoveď (downstaging) hodnotená pre všetky neoadjuvantné modality spoločne sa dosiahla u 70% pacientov. Presun pacientov z vyšších klinických štadií do resekabilných štadií na podklade neoadjuvantnej liečby vyjadruje graf 3. Po neoadjuvantnej rádioterapii bol downstaging zaznamenaný v 57% a resekabilita sa dosiahla v 25%. Po neoadjuvantnej chemoterapii downstaging predstavoval 82% a resekabilita 75%. Po kombinovanej chemo-rádioterapii sme zaznamenali downstaging v 68% a resekabilitu 72% (tab. 2). Pooperačné komplikácie sme zaznamenali u 11 pacientov: pooperačné krvácanie (n 2), plúcna embólia (n 1), prolongovaný air-leak (n 3), podkožný emfyzém (n 2), ranová dehiscencia (n 1), pneumotorax (n 1), ateletáz (n 1). Tieto komplikácie predstavujú 22% morbiditu. 30-dňová pooperačná mortalita sa vyskytla v 2 prípadoch (4%). Prežívanie, vzhľadom na malý súbor a nízku návratnosť dotazníkov (58%) môžeme vyhodnotiť len u 29 pacientov a pre všetky neoadjuvantné modality spoločne. 1 ročné prežívanie je 79% a 2 ročné prežívanie predstavuje 44%, s mediánom prežívania 25 mesiacov.

Diskusia

V priebehu 90. rokov 20. storočia, po uvedení treťo-generačných cytostatík do klinickej praxe, vznikli prvé štúdie, ktoré u pokročilých štadií NSCLC potvrdili výrazný prínos indukčnej chemoterapie v porovnaní so samotnou resekčnou liečbou (3). Ešte účinnejšia než samotná chemoterapia sa podľa niektorých autorov javí byť kombinácia chemoterapie s rádioterapiou (2,6). Pri porovnaní sekvenčnej (CHT-RAT-CHT) a konkomitantnej (súbežnej) chemo-rádioterapie, výsledky strednej doby prežívania favorizujú konkomitantnú chemo-rádioterapiu, pri ktorej sa zvyšuje rádiosenzitivita nádorových buniek použitím vhodných cytostatík (8). Chemoterapiou, alebo jej kombináciou s rádioterapiou možno dosiahnuť vysoké

percento tzv. downstagingu (pozitívna klinická odpoveď na liečbu) a zvýšiť tak počet potenciálnych kandidátov na resekčnú liečbu. Tieto neoadjuvantné režimy však podľa literárnych zdrojov môžu znamenať väčšie riziko perioperačných a pooperačných komplikácií (2), pretože predoperačná chemoterapia a rádioterapia pôsobí imunosupresívne a vyvoláva lokálnu zápalovo-fibrotickú reakciu tkanív (riziko peroperačného krvácania, nezhojenia sutúry bronchu, pooperačnej pneumónie, empyému, atď.). Tieto riziká však možno minimalizovať adekvátnou predoperačnou prípravou a perioperačnou starostlivosťou (2). V recentných prácach, ktoré publikovali Pass, Roth, Rossell et al. sa klinická odpoveď (downstaging) po neoadjuvantnej chemoterapii pohybuje v rozmedzí 35-62% (7,9). V našom súbore dosiahol downstaging po tejto modalite 82%. Pri kombinovanej chemo-rádioterapii predstavuje downstaging podľa Weidena et al. 56% (2), a podľa Granetzného et al. až 76% (6). V našom sledovanom súbore je 63%. Kombinovaná modalita sa podľa našich výsledkov javí ako menej úspešná v porovnaní so samotnou chemoterapiou. Usudzujeme, že je to v dôsledku preferencie indikácie tohto režimu v pokročilejších štadiách ochorenia, zatiaľ čo pacienti s menej pokročilým ochorením absolvovali len indukčnú chemoterapiu.

Na obr. 1 dokumentujeme CT nálezy u 44 ročného pacienta, ktorý bol pred aplikáciou neoadjuvantnej rádiochemoterapie zaradený do štadíu IIIB (T4NXMO). Po neoadjuvancii, ako vidno na kontrolnom CT (obr.2), došlo k výraznej regresii nálezu s downstagingom na štadium IA

Literatúra

1. Hamžík, J.: Súčasné možnosti chirurgickej liečby bronchogénneho karcinómu. Slovenský lekár 1998; č.7, s.36-38.
2. Rush, V.W.: Resection of Stage III Non-Small Cell Lung Cancer following Induction Therapy. World Journal of Surgery 1995; 19: 817-822.
3. Novák, K., Pešek, M., Kasal, E., Chudáček, Z.: Plícní resekce, Aktuální multidisciplinární pohled. Praha: Grada Publishing 2000. 168 s.
4. Špásová, I.: Neoadjuvantní chemoterapie u nemalobuněčného plicního karcinomu – souborný referát. Stud. Pneumol. Phtiseol. 1997; č.5, s.225-229.
5. Špásová, I., Petera, J.: Neoadjuvantní a adjuvantní chemoterapie lokálne pokročilého nemalobuněčného karcinomu plic. Pneumologie 2000. Aktuality oboru TRN, s 92-98.
6. Granetzny, A., Striehn, E., Bosse, U., et al.: A Phase II Single-Institution Study of Neoadjuvant Stage IIIA/B Chemotherapy and Radiotherapy in Non-Small Cell Lung Cancer. Annals of Thoracic Surgery 2003; 75: 1107-1112.
7. Nagai, K., Tsuchiya, R., Mori, T., et al.: A randomized trial comparing induction chemotherapy followed by surgery with surgery alone for patients with stage IIIA N2 non-small cell lung cancer (JCOG 9209). The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 2003; 125: 254-260.
8. Kasan, P.: Aktuálne trendy v možnostiach liečby bronchogénneho karcinómu. Lekárske listy 2001; č.17, s.10-11.
9. Kolek, V., Grygárová, I., Hajdúch, M., Chmelářová, A., Trojanec, R., Klein, J., Neoral, Č., Heřman, M., Král, V., Mihál, V.: Neoadjuvantní chemoterapie u hranične operabilných stádií IIIA (T1N0M0) a pacient sa mohol podrobiť kuratívnej pneumonektómii. V súboroch pacientov primárne resekovaných pre NSCLC (bez neoadjuvantnej terapie), je frekvencia pneumonektómií okolo 25%, exploratívnych torakotómií 5-10% a najfrekventovanejšie sú lobektómie - 62% (1). V našom súbore dosahuje miera pneumonektómií až 50% a exploratívnych torakotómií 20%, čo súvisí so snahou o kuratívnu resekcii aj u lokálne pokročilého NSCLC. Pooperačná mortalita sa po resekcích bez neoadjuvancie udáva na úrovni 3,7% (10). Všeobecne sa akceptuje hranica 5%, ktorú sme v našom súbore neprekročili (4%). U pacientov, ktorí nedostali neoadjuvantnú terapiu je popisovaná pooperačná morbidita do 30% (10). V našom súbore predstavuje morbidita 22%. Po samotnej primárnej chirurgickej liečbe (bez akéhokoľvek neoadjuvantného režimu) je 2 ročné prežívanie, ako uvádzajú Roth et al., v III štádiu ochorenia 25% a medián prežívania 11 mesiacov (5). V našej štúdii 2 ročné prežívanie vyhodnotené spoločne pre všetky neoadjuvantné modality je 44% s mediánom prežívania 25 mesiacov.

Záver

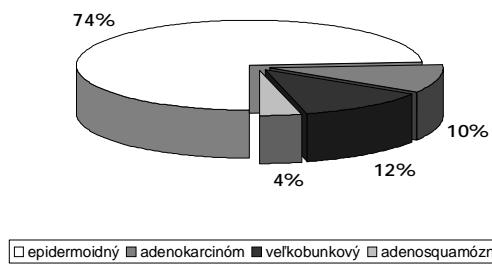
Význam neoadjuvantnej chemoterapie alebo jej kombinácie s rádioterapiou je u našich pacientov s lokálne pokročilým NSCLC evidentný z hľadiska zníženia štadiá ochorenia, zvýšenia resekability a zlepšenia prežívania. Aplikácia daných neoadjuvantných modalít neprináša podľa našich zistení zvýšenie pooperačnej mortality a morbidity v porovnaní s primárnymi resekciami pri NSCLC.

nemalobunečného karcinomu plic kombinácií vinorelbin a karboplatina. Následná cílená pooperační adjuvantná chemoterapie. Klinická onkologie 2001; č.2, s. 55-58.

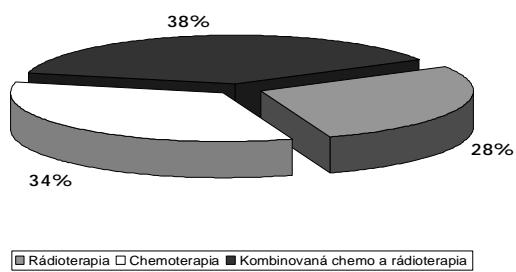
10. Martin, J., Ginsberg, R.J., Abolhoda, A., et al.: Morbidity and Mortality After Naoadjvant Therapy for Lung Cancer: The Risks of Right Pneumonectomy. Annals of Thoracic Surgery 2001; 21: 1149-1154.

Grafy, tabuľky, obrázková príloha

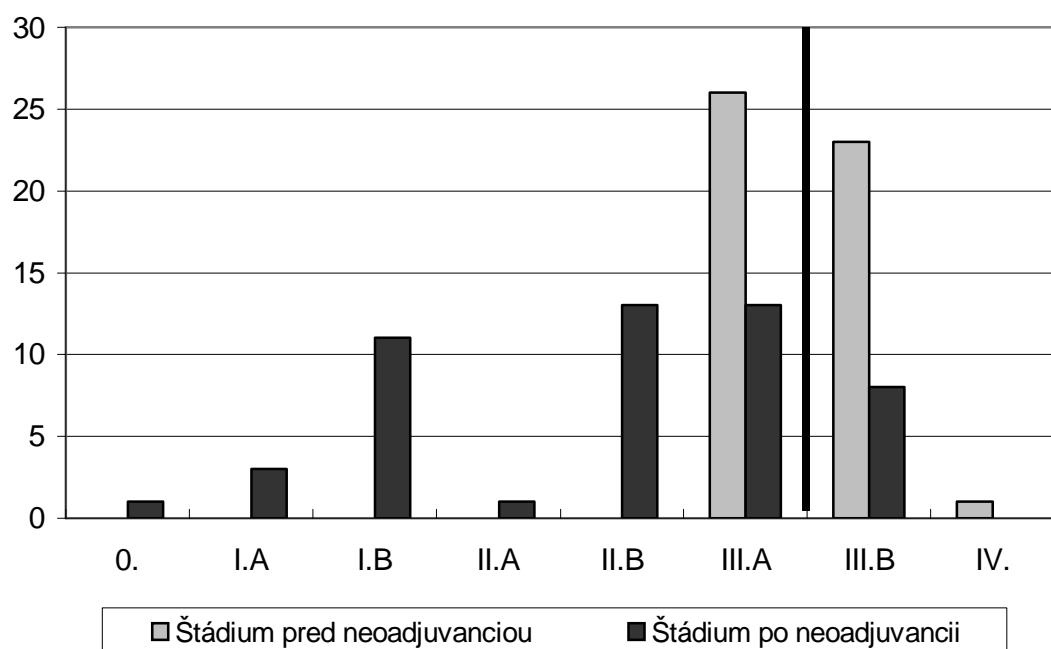
Graf 1.: Histologické typy.



Graf 2.: Percentuálne zastúpenie jednotlivých typov neoadjuvantnej terapie u operovaných pacientov.



Graf 3.: Štádia ochorení pred a po neoadjuvantnej terapii.

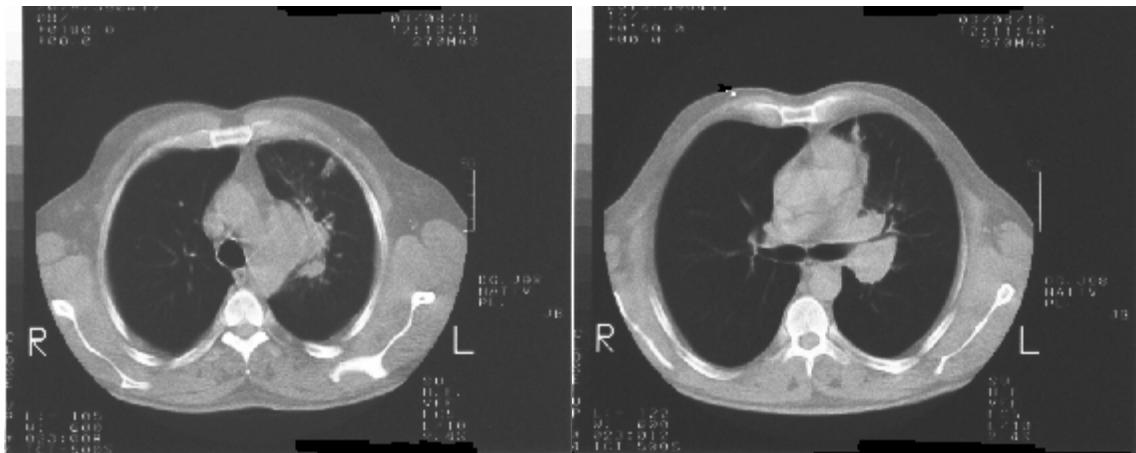


Tab. 1. Prehľad typov chirurgických výkonov %:

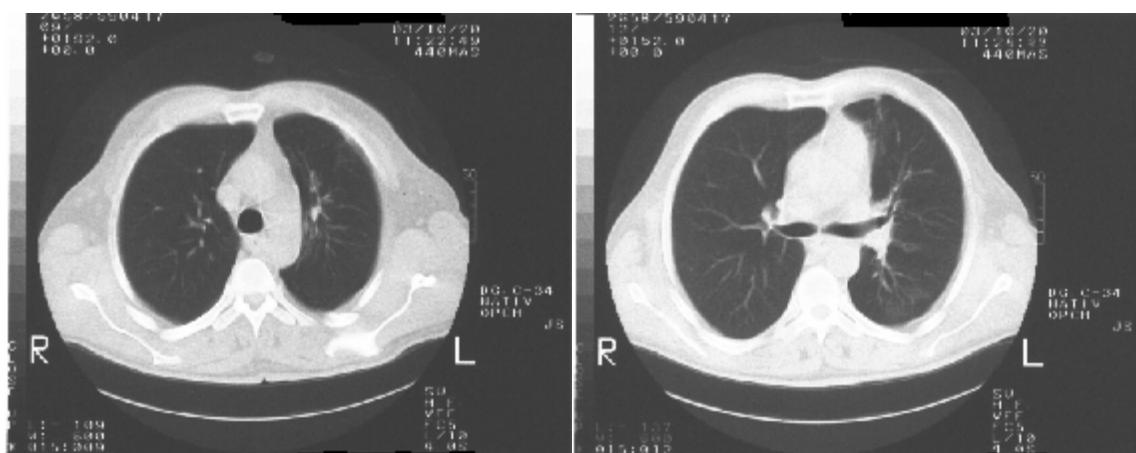
Pneumonektómie	50% (n25)
Lobektómie	26% (n13)
Exploratívne torakotómie	20% (n10)
Bilobektómie	4% (n 2)

Tab. 2 : Downstaging a zvýšenie resekability u jednotlivých typov neoadjuvantných modalít

	Rádioterapia	Chemoterapia	Kombinovaná chemo-rádioterapia
Downstaging	57%	82%	68%
Zvýšenie resekability	25%	75%	72%



Obr. č.1a, 1b : Epidermoidný centrálny karcinóm ľavých plúc s infiltráciou mediastina, T4NXM0, štádium IIIB pred neoadjuvantnou kombinovanou chemorádioterapiou.



Obr. č.2a, 2b : Na kontrolnom CT po neoadjuvantnej terapii výrazná regresia nádoru – pretrváva len minimálna infiltrácia v okolí vetvenia ľavého hlavného bronchu, lymfatické uzliny nezväčšené, mediastinum normálnej šírky, štádium IA (T1N0M0).

LAPAROSKOPICKÁ CHIRURGIA

Přínos laparoskopického přístupu v léčbe familiární adenomatózní polypózy

Vávra P.¹; Dostálík J.¹; Martínek L.¹; Rydlová M.²; Guňková P.¹; Anděl P.¹; Richter V.¹; Guňka I.¹; Vávrová M.³

1. Chirurgická klinika FNsP Ostrava-Poruba

Přednosta : Doc. MUDr.J.Dostálík, CSc.

2. Ústav patologické anatomie, Zdravotně-sociální Fakulta Ostravské University

Přednosta : Doc. MUDr. J.Horáček,CSc.

3. Radiodiagnostický ústav FNsP Ostrava-Poruba

Přednosta : MUDr.S.Skotnicová

Souhrn

Familiární adenomatózní polypóza (FAP) je genetické onemocnění podmíněné mutací APC (adenomatous polyposis coli) genu. Tento gen je lokalizován na chromozomu 5q21. Přenos tohoto onemocnění je autozomálně dominantní. Incidence nemoci se udává okolo 1 případu na 7000 – 8000 živě narozených dětí. Pro onemocnění je charakteristická přeměna polypů v karcinom. Chirurgie zasává důležitou roli v léčení FAP. V případě, že pacienti nejsou ošetřeni profylaktickou kolorektální karektomií, vyskytne se kolorektální karcinom do 50. roku věku. Totální proktokolektomie se stala široce uzvávanou chirurgickou technikou v léčbě pacientů s familiární adenomatózní polypózou. Laparoskopická proktokolektomie pro familiární adenomatózní polypózu je technickou alternativou klasické otevřené operace. Tato technika přináší lepší pooperační průběh u pacientů a lepší kosmetický efekt operace.

Klíčová slova : familiární adenomatózní polypóza, totální proktokolektomie, laparoskopický přístup

Vávra P.¹; Dostálík J.¹; Martínek L.¹; Rydlová M.²; Guňková P.¹; Anděl P.¹; Richter V.¹; Guňka I.¹; Vávrová M.³

Benefit of Laparoscopic Approach in the Treatment of Familial Adenomatous Polyposis.

Summary

Familial adenomatous polyposis (FAP) is a genetic disorder caused by mutations of the APC (adenomatous polyposis coli) gene. This gene is localised on chromosome 5q21. The pattern of inheritance of this disorder is autosomal dominant. The incidence of the disease is 1/7000-8000. The conversion of polyps to colon cancer is a regular event. Surgery has an important role in the management of FAP. In the absence of prophylactic colectomy, death from colon cancer will occur in virtually all of FAP cases by age 50. Restorative proctocolectomy has become the most widely accepted surgical technique in the management of patients with familial adenomatous polyposis. Laparoscopic proctocolectomy for familial adenomatous polyposis is a technical alternative of conventional open procedure. This technique provides a better postoperative course and better cosmetic results.

Key words : familial adenomatous polyposis, total colectomy, laparoscopic approach

Úvod

Familiární adenomatózní polypóza (FAP) je genetické onemocnění podmíněné mutací APC (adenomatous polyposis coli) genu. Tento gen je lokalizován na chromozomu 5q21. Přenos tohoto onemocnění je autozomálně dominantní. Incidence nemoci se udává okolo 1 případu na 7000 – 8000 živě narozených dětí. Pro onemocnění je charakteristická přeměna polypů v karcinom. Chirurgie zastává důležitou roli

v léčení FAP. V případě, že pacienti nejsou ošetřeni profylaktickou kolorektální karektomií, vyskytne se kolorektální karcinom do 50. roku věku. Totální proktokolektomie se stala široce uzvávanou chirurgickou technikou v léčbě pacientů s familiární adenomatózní polypózou. Laparoskopická proktokolektomie pro familiární adenomatózní polypózu je technickou alternativou klasické otevřené operace. Tato technika přináší lepší pooperační průběh

u pacientů a lepší kosmetický efekt operace. Na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice s poliklinikou v Ostravě jsme v uplynulých dvou letech operovali celkem 6 pacientů, kteří vyžadovali pro svá onemocnění totální kolonokolektomii a u kterých jsme použili laparoskopického přístupu. Poněvadž laparoskopický přístup k takto náročným operacím nadále není zcela běžnou záležitostí, chtěli bychom se o naše zkušenosti podělit s odbornou veřejností.

Metodika

Laparoskopickou totální kolonokolektomii jsme ve všech případech indikovali u pacientů s familiární adenomatovou polyposízou. Tito pacienti absolvovali předoperačně kompletní vyšetření včetně genetického průkazu choroby. Jednalo se tedy o operace elektivní. Familiární adenomatovou polyposízou je autozomálně dominantní dědičné onemocnění, jehož incidence se pohybuje okolo 1 případu na 7 000 – 8 000 živě narozených dětí. Jedná se o polyposízou tlustého střeva s různě vyjádřeným spektrem extrakolických projevů. Maligní zvrat kolorektálních adenomů je pravidlem, pokud pacient není chirurgicky ošetřen kolonokolektomii. Jedná se tedy o 100 % prekancerózu (1,8,9). U nelеченých pacientů se obvykle vyskytne kolorektální karcinom do 50. roku věku. Pro onemocnění jsou typické rovněž mimostřevní klinické projevy (6,11) : kostní změny (hyperostózy kalvy a dlouhých kostí), zubní anomálie (přespočetné a retinované zuby), polypy orální části GIT (polypy těla žaludku, adenomy duodena), zvýšená fibroprodukce (desmoidní tumory), kongenitální hypertrofie pigmentovaného epitelu sítnice (charakteristická ohrazená šedočerně pigmentovaná lóžiska na očním pozadí), tumory měkkých tkání (cysty, fibromy, lipomy), tumory nadledvin a mozku. Diagnóza onemocnění je možná molekulárně genetickým vyšetřením – verifikací zárodečných mutací APC genů (2,6,10). Pro onemocnění je charakteristický autozomálně dominantní typ dědičnosti a postiženo je 50 % potomků bez rozdílu pohlaví. Onemocnění v rodině postihuje každou generaci (žádná generace není přeskočena). Anamnesticky jsou charakteristické průjmovité stolice, příměs krve ve stolici, ale familiární adenomatovou polyposízou může být dlouho asymptomatická. Při somatickém vyšetření je možný patologický nález per rektum či přítomnost extrakolických projevů onemocnění (7). Koloskopické vyšetření prokazuje mnohočetné adenomy tlustého střeva s maximem v rektu, přičemž orálním směrem polypů ubývá. Přeoperační diagnostika je zaměřena především na potvrzení diagnózy FAP

a to genetickým vyšetřením a kolonoskopí. Předoperačně kromě rutinního interního předoperačního vyšetření doplňujeme vždy rektoskopické vyšetření, oční vyšetření k potvrzení hypertrofie retinálního pigmentu a provádíme rovněž gastrofibroskopické vyšetření k vyloučení polypózy žaludku. Doplňujeme dále USG vyšetření břicha a dle aktuální situace CT vyšetření břicha.

Výsledky

Chirurgická léčba je u pacientů s familiární adenomatovou polyposízou nutností. Jediným účinným řešením FAP je preventivní operační výkon – totální proktokolektomie (12,13). V dřívějších dobách nevýhoda tohoto výkonu spočívala v trvalé ileostomii, což bylo zejména pro mladé asymptomatické pacienty nepřijatelné. Proto naprostá většina nemocných preferuje zákrok, který umožňuje defekaci per vias naturales – kolonokolektomii se zachováním rektu a ileo-rektální anastomózou.

Tito nemoci jsou odsouzeni k doživotním rektoskopickým kontrolám pahýlu rektu a odstraňování polypů. V poslední době je upřednostňován postup totální proktokolektomie s ileoanální anastomózou a s vytvořením ileálního pouče. Tento postup je vyhovující rovněž z hlediska onkologického.

Na naší klinice jsme operovali celkem 6 pacientů, z toho 4 pacientky byly z jedné rodiny. Jednalo se o 4 ženy, matku (50 let) a 3 dcery (27, 23 a 21 let). Po předchozím kompletním vyšetření jsme provedli následující operační výkony :

1. Totální proktokolektomie s terminální ileostomí pro duplexní středně až nízce diferencovaný adenokarcinom rektu a středně diferencovaný adenokarcinom vzestupného tračníku, peroperačně nutná konverze původního laparoskopického přístupu. Doba operace - 6,5 hodiny. Pacientka zhojena bez komplikací, propuštěna 15.pooperační den. Vzhledem ke stadiu onemocnění T3N1MO indikována adjuvantní chemoterapie.
2. Laparoskopická totální kolonokolektomie s ileálním J-pouchem a ileo-poucho-rektální anastomózou. Doba operace 5 hod. 40 minut. Pacientka zhojena bez komplikací, propuštěna 13.pooperační den. Vzhledem k histologickému průkazu adenokarcinomu příčného tračníku T3N1MO indikována adjuvantní chemoterapie.
3. Laparoskopická totální kolonokolektomie s ileálním J-pouchem a ileo-poucho-anální anastomózou. Doba operace - 5 hod. 10 minut. Pro leak z anastomózy a absces malé pánve 7. pooperační den provedena laváža drenáž peritoneální dutiny založena dočasná

terminální ileostomie. Histologicky bez průkazu malignity, pacientka propuštěna 22. pooperační den od původní operace.

4. Laparoskopická totální kolektomie s ileálním J-pouchem a ileo-poucho-rektální anastomózou. Doba operace 6 hodin 40 minut. V anamnese stav po pravostranné hemikolektomii před rokem pro karcinom vzestupného tračníku T3N1MO, stav po chemoterapii. Histologicky již malignita nenalezena, pacientka zhojena bez komplikací, propuštěna 10. pooperační den.

5. Laparoskopická totální kolektomie s terminální ileostomií. Doba operace - 4 hod.30 minut. Histologicky mnohočetné tubulovilosní adenomy s těžkou dysplasií. Pacient propuštěn 10. pooperační den.

6. Laparoskopická totální kolektomie s ileo-poucho-rektální anastomózou. Doba operace 5 hodin. Pacientka propuštěna 13. pooperační den. Vzhledem k histologickému nálezu adenokarcinomu sigmoidea T1N1MO pacientka dále dispenzarizována. Pro profusní průjmy nereagující na medikamentózní léčbu v odstupu necelých 2 let provedena laparoskopická terminální ileostomie.

Shrnutím výše uvedených údajů prezentujeme následující výsledky :

-celkem bylo operováno 6 pacientů pro FAP, 5 dokončeno laparoskopicky. Jediná operace konvertována pro anatomicky nepříhodné poměry v oblasti lienální flexury.

Následující údaje se vztahují k laparoskopicky dokončeným výkonům :

- 5 pacientů, 4 ženy, 1 muž
- všichni bez interní zátěže
- všichni pacienti byli indikováni pro FAP (familiární adenomatovní polypózu)

- malignita potvrzena ve 3 resekátech, další pacientka již byla po pravostranné hemikolektomii

pro karcinom

- průměrný věk 31 let (rozmezí 21-40 let)
- průměrná doba operace 324 minut (270-400 minut)

- 3x totální kolektomie s ileo-poucho-rektální anastomózou, 1x totální kolektomie s ileo-poucho-anální anastomózou, 1x totální kolektomie s terminální ileostomií

- peroperační komplikace - 0

- pooperační komplikace - 1x dehiscence ileo-poucho-anální anastomózy

- reoperace 2x - terminální ileostomie pro dehiscenci ileoanální anastomózy terminální ileostomie pro přetrávající profusní průjmy (po necelých 2 letech)

- průměrná doba pooperační hospitalizace 13 dnů (10-17 dnů)

- pouze jediný pacient vyžadoval pooperačně krevní převod

Závěr

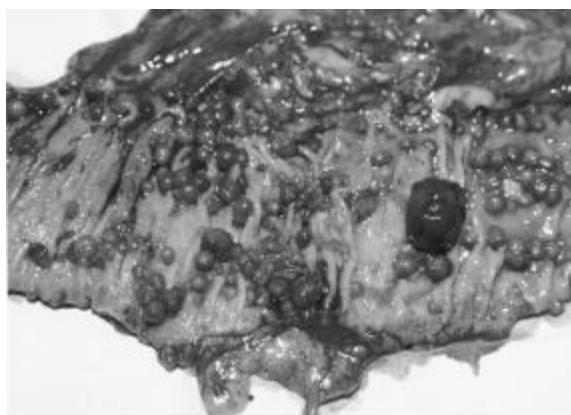
Laparoskopický přístup k takto náročným výkonům doporučujeme především pro výhody plynoucí z příznivějšího pooperačního průběhu. Stejně jako u jiných typů laparoskopických operací můžeme pozorovat menší pooperační bolesti, rychlejší nástup peristaltiky , rychlejší mobilizaci pacienta po operaci a dřívější propuštění pacientů do ambulantní péče. Pro náročnost operačních výkonů se domníváme , že tyto operace patří na specializovaná pracoviště, která mají dostatečné zkušenosti s laparoskopickou operativou (3, 4, 5).

Literatura

1. Campbell, W.J., Spence, R.A.J., Parks, T.G.: Familial adenomatous polyposis. Brit J Surg 1994;81,1722-33.
2. Colon cancer syndromes. In. Offit K. Clinical Cancer Genetics Risk Counceling and Management. Wiley-Liss, Inc., New York, 1998, 125-149.
3. Dostálík,J., Květenský,M., Mrázek,T., Martínek,L.: Laparoskopická resekce sigmoidea. Rozhl. Chir., 72, 1993, 246-248.
4. Dostálík,J., Martínek,L., Květenský,M., Klimeš,V., Mrázek,T.: Laparoskopické operace kolon. Rozhl. Chir., 78, 1999, 393-398.
5. Dostálík,J., Martínek,L., Vávra,P., Anděl,P.: Manuálně asistovaná laparoskopická chirurgie kolorekta. Rozhl. Chir., 81, 2002, 11, 560-563.
6. Giardiello FM, Petersen GM, Piantadosi et al. APC gene mutations and extra-intestinal phenotype of familial adenomatous polyposis. Gut 1997;40,521-5.
7. Jablonská,M. et al.: Kolorektální karcinom, časná diagnóza a prevence . Praha, Grada Publishing, 2000, 286 – 302.
8. Lynch,H.T., Smyrk,T., McGinn,T. et al.: Attenuated familial adenomatous polyposis (AFAP): phenotypically and genotypically distinctive variant of FAP. Cancer 1995;76,2427-33.
9. Lynch,P.M.: Clinical challenges in management of familial adenomatous polyposis and hereditary nonpolyposis colorectal cancer. Cancer 1999;86 ,Suppl.,1713-20.

10. Miyoshi,Y., Ando,H., Nagase,H. et al.: Germ-line mutations of the APC gene in 53 adenomatous polyposis patients. Proc Natl Acad Sci USA 1992, May 89, 4452-4456.
11. Vávra,P.,Dostálík,J.,Martínek,L.,Zonča,P.,Plevová,P.,Kohoutová,M.,Stekrová: Familial adenomatous polyposis as a precancerosis of colon cancer. Bratisl Lek Listy, 2002; 103, 11; 418-421.
12. Vávra,P.,Dostálík,J.,Martínek,L.,Plevová,P.: Familiárna adenomatózna polypóza ako prekanceróza kolorektálneho karcinomu. 55. Chirurgický den Kostlivého. Bratislava, 2001.
13. Vávra,P.: Bezpečná vzdáenosť dolní resekčnej linie pri operaci karcinomu rektum. Doktorandská disertačná práca, Bratislava, 2003.

Obrázková príloha



Obr. č. 1 : preparát tlustého střeva s mnohočetnou polypózou



Obr. č. 2 : resekát tlustého střeva po laparoskopické kolektomii



Obr. č. 3 : laparoskopický přístup k léčení FAP



Obr. č. 4 : konstrukce J pouche při laparoskopické operaci

NEUROCHIRURGIA

Výsledky neurolýz periférnych nervov končatín

Matejčík V.

Neurochirurgická klinika LFUK, FNPsP L. Dérera, Bratislava
Prednosta : Prof. MUDr. Juraj Šteňo, CSc

Súhrn

Východisko: Práca prezentuje výsledky neurolýz periférnych nervov končatín uskutočnených na našej klinike počas 18 rokov, od roku 1985 do roku 2003.

Súbor a metódy: 82 pacientom bolo chirurgicky ošetrených pomocou neurolýz 49 nervov horných končatín a 33 dolných končatín. Z celkového počtu pacientov bolo 57 mužov a 23 žien v priemernom veku 32 rokov. Priemerná doba medzi úrazom a operáciou bola 6,9 mesiaca. Extrémne dlhá nad 12 mesiacov bola u 5 pacientov. Operácie boli uskutočnené u pacientov, u ktorých bol prítomný kompletný alebo perzistujúci neurologický deficit. U 82 pacientov bola uskutočnená externá neurolyza, z nich u 5 pacientov bola uskutočnená neurolyza 2 nervov, u 5 pacientov aj interná neurolyza. Reoperácie boli v 5 prípadoch. Prípady, ktoré si vyžadovali resekcii fascikulov a rekonštrukciu za pomoci autotransplantátov, ako aj prípady, pri ktorých už boli robené rekonštrukčné operácie, sme do práce nezahrnuli. Analýza výsledkov bola uskutočnená s ohľadom na dobu operácie od úrazu, vek pacienta, druh poraneného nervu a peroperačne zistený stupeň fibrotických zmien.

Výsledky: Najlepšie výsledky boli pozorované u pacientov do 20 rokov, v prípadoch včasného liečenia, pri distálnych poraneniach a pri neurolyzach n.tibialis a n.radialis.

Záver: Včasná chirurgická revízia je v indikovaných prípadoch rozhodujúcim faktorom určujúcim výsledky operácií.

Kľúčové slová : traumatické lézie periférnych nervov, neurolyzy

Matejčík V.

Outcomes of neurolyses peripheral nerves of limb

Summary

Outcome: This work presents the results of neurolyses treatment on brachial plexus and peripheral nerves of limbs performed on our clinic during the period of 18 years from 1985 to 2003.

Patient group and methods: 82 patients were surgically treated by neurolyses. The group included 49 neurolyses performed on upper limbs and 33 on lower limbs. The patient group consisted of 57 males and 23 females with the average age of 32 years. The average period between the surgery and injury was 6.9 months. Extremely long period over 12 months was present in 5 patients. Surgical treatment was performed in patients with a complete or persisting neurological deficit. External neurolysis was performed in 82 patients, in 5 of them neurolysis of two nerves, in 5 patients both external and internal neurolysis were applied. Reoperations were performed in 5 cases. Cases requiring resection of fasciculi and reconstruction by means of autografts, as well as cases where reconstruction surgery has been already performed were not included into the work. The analysis of results was performed with respect to the period from period between injury and surgical treatment, patient's age, the type of injured nerve and surgically determined degree of fibrotic changes.

Results: The best results were observed in patients under the age of 20 years, for early treated cases, for distal injuries and for neurolyses of n. tibialis and n. radialis.

Conclusion: Early surgical revision is the critical factor in the indicated cases that determines the final outcome of the surgical treatment.

Key words : traumatic lesions of peripheral nerves, neurolyses

Úvod

Pri pohyboch končatiny sa musia periférne nervy pohybovať oproti okolitým tkánivám. Voľnosť pre tento pohyb je zabezpečená prostredníctvom voľného spojivového tkaniva – mezoneuria, ktoré sa šíri medzi epifascikulárne epineurium a spája nervový kmeň s okolitým tkanivom, ako sú

šlachy, cievky, fasciálne plochy a periost. Pri normálnych nervoch je jemné, dostatočne transparentné, nesie artérie a vény, ktoré sú vo vzťahu k vaskulárnemu systému nervu. Je spravidla stenčené nad a pod každým miestom lézie. Fibrotické zmeny mezoneuria vytvárajúce sa po úrade sú iniciované tvorbou edému alebo hematómu a sú oveľa výraznejšie

v prípade infekcie. Vedú k tomu, že rôzne časti plexu alebo periférnych nervov adherujú k okolitému tkanivu a sú vystavené kompresii a trakcii v dôsledku pokračujúceho zjazvovatenia. Zvlášť závažné sú v oblastiach, v ktorých schopnosť pohybu je veľmi dôležitá, hlavne v miestach špecifických pre potenciálne úzinové syndrómy. Chronická kompresia môže viesť k zmenám na malých cievach endo a perineuria s neskoršou perineurálnou a endoneurálnou fibrózou. Čím je poranenie závažnejšie, tým pravdepodobnejšia je tvorba jazvovitého tkaniva v nerve. Na ochranu fascikulov proti kompresii je nervový kmeň schopný zmeniť svoj tvar. Jednotlivé fascikuly nervového kmeňa sú schopné pohybovať sa navzájom jeden proti druhému, adaptovať sa tlaku a pohybu. V práci uvádzame skúsenosti s neurolýzami brachiálneho plexu a periférnych nervov končatín.

Pacienti a metodika

Pri poraneniacach periférnych nervov horných končatín bola neurolýza vykonaná 49 pacientom, z toho 19 pacientom neurolýza n.radialis (39%), 13 pacientom neurolýza n.ulnaris (26%), 11 pacientom neurolýza n.medianus (22%), 3 pacientom neurolýza n.axilaris (6%) a v 3 prípadoch išlo o neurolýzu viac ako 1 nervu (n.medianus a n.ulnaris, 6%). Z 33 pacientov s poraneniami periférnych nervov dolných končatín bola 25 pacientom (76%) vykonaná neurolýza n.fibularis, u 4 n.ischiadicus, 3 pacientom neurolýza n.tibialis a u jedného pacienta n.femoralis. Neurolýza brachiálneho plexu bola vykonaná 10 pacientom. Vnútornú neurolýzu sme vo všetkých 5-tich prípadoch robili len pri poraneniacach nervov dolných končatín. Poranenia nervov boli spravidla druhotné, jednou z hlavných úrazových príčin boli zlomeniny, prípadne iatrogénne poranenie (zavzatie nervu do stehu, nevhodne naložená extenzia alebo sadrová dlaha, kompresia fixačným materiálom). Všetci pacienti boli pred operáciou detailne klinicky vyšetrení. Indikáciou k operácii bol úplný alebo ľažký motorický deficit pri absencii spontanej úpravy v priebehu 2-3 mesiacov. Indikáciou na chirurgickú liečbu boli aj prípady, keď strata funkcie bola len čiastočná (2 pacienti), alebo boli prítomné prudké bolesti, ktoré nereagovali na medikamentóznu liečbu. Všetky operácie boli uskutočnené mikrotechnikou, začíname vonkajšou neurolýzou, v prípade potreby doplnenou aj vnútornou, ktorými bol určený stupeň poškodenia nervu. Predoperačné EMG vyšetrenie ukazovalo denerváciu u 31 pacientov (63%) s poraneniami periférnych nervov horných končatín a u 24 pacientov (72,7%) s poraneniami periférnych nervov dolných končatín, ktorým bola vykonaná

vonkajšia neurolýza. Opakovane pooperačné EMG vyšetrenie bolo urobené všetkým pacientom. Doba sledovania bola minimálne 1 rok. Väčšiu pacientov sme sledovali 3 a viac rokov. Všetkým pacientom sme vykonali rad pooperačných vyšetrení, pomocou ktorých sme určili stupeň návratu citlivosti a motorickej úpravy. Pri vlastnom hodnotení výsledkov neurolýz na horných končatinách sme postupovali podľa Sedonovej klasifikácie (1975) (3). Motorickú úpravu sme hodnotili podľa 5-bodovej škály (Tab.č.1) a stupeň úpravy citlivosti podľa 4-bodovej škály (Tab.č.2). Za výborné a veľmi dobré výsledky sme považovali úpravu M4, resp. S3 a vyššie, za dobré M3 a S2. Výsledky M0-M2 a S0-S1 sme považovali za nedostatočné. Pri hodnotení poranení n.ischiadicus a jeho vetví sme vychádzali z klasifikácie Kline D.G. a spol. 1998 (1). Motorickú úpravu n.tibialis a n. fibularis sme hodnotili podľa 5-bodovej škály (Tab.č.3, 4). Za dobré výsledky sme považovali úpravu M3, za výbornú M4 a M5. Výsledky M1-M2 sme považovali za nedostatočné.

Pri hodnotení stupňa úpravy sme brali do úvahy aj peroperačný nález fibrózy spojivového tkaniva periférnych nervov. Postupovali sme podľa klasifikácie Millesi H. a spol. (1993) (2), ktorý rozdeľoval fibrózu podľa lokalizácie (Tab.č.5) a podľa stupňa (Tab.č.6). Samotné peroperačné hodnotenie stupňa fibrotických zmien bolo obtiažne a často orientačné. Pacientov sme rozdelili do dvoch skupín: pacienti prvej skupiny – 77 pacientov, u ktorých sme uskutočnili externú neurolýzu, predstavovali I.A, II.A, III.A stupeň fibrotických zmien; pacienti druhej skupiny – 5 pacientov s fibrotickými zmenami typu I.B, II.B, III.B, u ktorých sme uskutočnili internú neurolýzu.

Analýzu výsledkov pooperačných vyšetrení pacientov sme urobili v konfrontácii so všeobecnými faktormi ovplyvňujúcimi výsledok operácií v závislosti na :

- dobe operácie od úrazu (Tab.č.7)
- veku pacientov (Tab.č.8)

Výsledky

Výsledky pri vonkajších neurolýzach sú dané závažnosťou poškodenia nervu. Z celkového počtu pacientov u 77 bol peroperačne zistený I.A, II.A a III.A stupeň fibrózy s postihnutím epifascikulárneho epineuria. I.B, II.B a III.B u 5 pacientov. Úplnú úpravu hybnosti, sily a EMG nálezu – klasifikačný stupeň M5 – sme pozorovali u 42 pacientov (51%). Užitočný stupeň M3 a viac bol u 74 pacientov (90%). Užitočný stupeň úpravy sme vo všetkých prípadoch zaznamenali u n.tibialis a v 16 prípadoch (94%) u n.radialis. Pri deliberačných operáciách na končatinách boli niekedy prvé príznaky úpravy pozorované už po niekoľkých

hodinách až dňoch. U pacientov nad 40 rokov sme ani v jednom prípade nezaznamenali úplnú úpravu senzitívnych funkcií. Lepšie výsledky sme pozorovali pri vonkajšej ako pri vnútornnej neurolýze. Vyskytli sa prípady, keď objektívne vyšetrenie i subjektívne pocity pacientov udávali zlepšenie, ale EMG vyšetrenie v porovnaní s predchádzajúcim neukazovalo žiadnu zmenu. Úprava senzitívnych a motorických funkcií závisí od doby operácie po úraze. S narastajúcim časom boli výsledky horšie. Najlepšie výsledky sa dosiahli pri včasných operáciach do 3 mesiacov, kde boli dobré a veľmi dobré výsledky, klasifikačný stupeň M3 a viac v 33 prípadoch (100%). S narastajúcim časom od úrazu boli výsledky horšie (Tab.č.1). A u mladých pacientov vo veku do 20 rokov boli výsledky výborné (Tab.č.2). Vyššie situované poranenia s výnimkou n.axilaris a n.radialis dávali horšie výsledky. Spomedzi 82 pacientov piatim bola vykonaná aj vnútorná neurolýza, dvom z dôvodov prudkých bolestí nereagujúcich na medikamentóznu liečbu. U oboch pacientov bol pozorovaný ústup ľažkostí. Nepozorovali sme bolesti po vonkajšej ani po vnútorej neurolýze. Akékoľvek zhoršenie bolo obyčajne dočasné.

Diskusia

Periférne nervy môžu byť komprimované na dvoch úrovniach zjazvovatelia: povrchovo okolitými štruktúrami a intrafascikulárne fibrotickou kompresiou axónov. Presné a včasné ošetroenie poškodenia nervu, ktoré sa najčastejšie vykonáva vonkajšou neurolýzou, je počiatočný krok u väčšiny operácií. Je ordinované kvôli rozvoju poúrazovej fibrózy. Vytvára základné podmienky na skrátenie doby potrebnej k funkčnej úprave nervu po poúrazovej axonotmíze. Po operáciach s väčším časovým odstupom sa namnoží fibrotické tkanivo okolo nervu, ktoré má niekedy až chrupavkovitú konzistenciu, čím zhorsuje identifikáciu vlastného nervu. U detí bolo formovanie jazvovitého tkaniva menej výrazné a menej kompresívne ako u dospelých. Po uvoľnení nervu sa často vyskytoval zhrubnutý neuróm. V týchto prípadoch indikáciou vnútorej neurolýzy bola prítomnosť mäkkého neurómu so zachovaným fascikulárnym vzorom. Prítomnosť tvrdého kamenistého neurómu bola vždy dôvodom pre jeho resekciu a následnú rekonštrukčnú operáciu. Deliberačné

operácie poskytovali dobré podmienky pre úpravu motorických a senzitívnych funkcií aj po dlhšom časovom odstupe. Spočívali v uvoľnení nervu od okolitého väzivového tkaniva. Preparácia je lokalizovaná vo fibrotickom tkanive, bývalom mezoneuriu a najpovrchovejších vrstvách epifascikulárneho epineuria. Môže byť urobená ostro skalpelom alebo tupo jemnými chirurgickými nožničkami. Je lepšie pracovať z proximálneho miesta smerom distálnym, pri takejto preparácii je väčšia pravdepodobnosť zachovania odstupujúcich vetiev. Úspech operácie závisí od schopnosti nervového tkaniva vytvoriť nový druh „klízávoho tkaniva“ (obdoby mezoneuria), čo je možné, ak nie sú prítomné pooperačné komplikácie, ako hematómy alebo infekcia. I.A, II.A a III.A stupeň poranenia sa môžu upraviť spontánne. Ak sa neupravia, alebo ak sa upravia len do určitého bodu, potom už následkom fibrotickej kompresie axónov nedochádza k žiadnemu ďalšiemu zlepšeniu. Je potrebná neurolýza, ak má úprava pokračovať. Externú neurolýzu uskutočňujeme, len pokiaľ vnútorné vrstvy epifascikulárneho epineuria zostávajú intaktné. Nanešťastie je nepravdepodobné, že by fibróza bola limitovaná na perifascikulárne epineurium. Je pravdepodobné, že sa vyskytuje aj fibróza interfascikulárneho epineuria, preto je ľažké určiť stupeň poranenia, miesto epineurotomie, taktiež je ľažké určiť prípady pre internú neurolýzu. Ak peroperačne časť nervu vyzerá ľažko poškodená, zachovalé fascikuly môžu byť zhodnotené stimuláciou a oddelené od poškodených internou neurolýzou. Poškodené môžu byť resekované a reparované pomocou nervového štěpu. Ak bolo podozrenie na III.C alebo IV. stupeň poranenia, realizovali sme rekonštrukčné operácie pomocou autotransplantátu. Uvedené prípady sme do práce nezahrnuli.

Záver

Vonkajšia neurolýza je ordinovaná kvôli rozvoju poúrazovej fibrózy. Indikáciou bolo zastavenie úpravy hybnosti, sily a citlivosti. Výsledky neurolýz na periférnych nervoch dolných končatín dávali zreteľne horšie výsledky ako operácie na periférnych nervoch horných končatín.

Literatúra

1. Kline, D.G., Hudson, A.R.: Nerve injuries. Operative results for major nerve entrapment, and tumors. Philadelphia: WB Saunders, 1995, p. 289-344.
2. Millesi, H., Rath, T., Reihnsner, R., Zóch, G.: Microsurgical neurolysis: its anatomical and physiological basis and its classification. Microsurgery, 1993, 14, p. 430-439.
3. Seddon, H.J.: Surgical disorders of the peripheral nerves. London: Churchill Livingstone, 1975, p.242-302.

Tabuľková príloha

Tab.č. 1: Klasifikácia motorických funkcií:	
M 0	žiadne kontrakcie
M 1	návrat hmatnej kontrakcie v proximálnych svaloch
M 2	návrat hmatnej kontrakcie v proximálnych a distálnych svaloch
M 3	návrat funkcií v proximálnych a distálnych svaloch takého stupňa, že všetky dôležité svaly sú schopné dostatočnej akcie voči odporu
M 4	návrat funkcie do M3 s doplnením, že sú možné všetky synergické a samostatné pohyby
M 5	kompletná náprava

Tab.č. 2: Klasifikácia senzitívnych funkcií:	
S 0	absencia citlivosti v zóne nervu
S 1	návrat hmatnej kontrakcie v proximálnych svaloch
S 1+	návrat povrchovej kožnej citlivosti
S 2	návrat povrchovej kožnej bolestivej citlivosti a čiastočnej taktilej citlivosti
S 2+	ako S 2, ale mierna odpoved' navyše
S 3	návrat povrchovej bolestivej a taktilej citlivosti v zóne nervu a vymiznutie parestézí
S 3+	ako S 3 a čiastočná úprava dvojbodovej diskriminačnej citlivosti
S 4	kompletná náprava

Tab.3. Klasifikácia úpravy n. tibialis	
Stupeň	Kritériá
0	Neprítomnosť funkcie m. gastrocnemius – soleus, neprítomnosť inverzie, neprítomnosť flexie prstov na nohe, malá alebo žiadna citlivosť na plantárnom povrchu nohy.
1	Náznak funkcie m. gastrocnemius, ale neprítomnosť iných funkcií tibiálnych svalov, náznak slabej plantárnej citlivosti.
2	M. gastrocnemius sa kontrahuje len proti gravitácii, citlivosť plantárneho povrchu je zvyčajne < stupňu 2
3	M. gastrocnemius sa kontrahuje proti gravitácii a niektorým silám, náznak alebo zlepšenie inverzie, plantárna citlivosť je rovná alebo > stupňu 3
4	M. gastrocnemius sa kontrahuje oproti stredne závažnému odporu, inverzie \geq stupňu 3, bud' náznak, alebo neprítomnosť flexie prstov na nohe, citlivosť \geq stupňu 4
5	M. gastrocnemius je plne funkčný, inverzia \geq stupňu 4, flexia prstov na nohe je prítomná, plantárna citlivosť \geq stupňa 4

Tab.4. Klasifikácia úpravy n. fibularis	
Stupeň	Kritériá
0	Neprítomná alebo malá funkcia krátkej hlavy bicepsu, neprítomnosť fibulárnej funkcie, neprítomnosť AT, EHL alebo ED funkcie
1	Krátká hlava bicepsu sa kontrahuje, neprítomnosť distálnych n. fibularisom inervovaných motorických funkcií
2	Krátká hlava bicepsu sa kontrahuje, fibulárny sval sa kontrahuje proti gravitácii alebo zlepšenie, žiadnený náznak AT, žiadne iné motorické funkcie
3	Krátká hlava bicepsu sa kontrahuje, fibulárne svaly \geq stupňu 3, AT sa kontrahuje proti gravitácii, ale funkcia EHL a ED pre prsty na nohách zvyčajne chýba
4	Krátká hlava bicepsu a peroneálne svaly sa kontrahujú, ako aj AT, ktorý je \geq stupňu 3, EHL a ED môžu mať funkciu naznačenú
5	Krátká hlava bicepsu a fibulárne svaly sa kontrahujú AT \geq stupňu 4, EHL a ED sa kontrahujú prijmenšom oproti gravitácii

*AT = anterior tibialis; ED = extensor digitorum; EHL = extensor hallucis longus

Tab. č.5: Klasifikácia fibrózy podľa lokalizácie :

- Typ A - epifascikulárne epineurum,
 Typ B - interfascikulárne epineurum,
 Typ C - perineurium a endoneurium.

Typ A

Ak je fibróza lokalizovaná hlavne v epifascikulárnom epineuriu. Stláčala fascikulárne tkanivo podobne ako pančucha, ktorá je príliš tesná. Liečenie spočíva v longitudinálnej epineurotómii z normálneho tkaniva do normálneho tkaniva. Ak hlbšie štruktúry nervového kmeňa zostávali intaktné, stláčané tkanivá sa mohli expandovať.

Typ B

Ak je prítomná tiež fibróza interfascikulárneho epineuria, plná dekomprezia je dosiahnutá v závislosti od rozsahu fibrózy :

- epifascikulárnou epineurotómou – fibrotické epineurum je excidované okolo nervového kmeňa, aby umožnilo dekompreziu povrchovo lokalizovaných fascikulov,
- interfascikulárnou epineurotómou – excíziu fibrotického tkaniva medzi fascikulami. Je uskutočnená ako čiastočná, nie ako úplná eliminácia interfascikulárneho tkaniva s kompletou separáciou jednotlivých fascikulov, nakoľko by mohlo byť ohrozené krvné zásobenie fascikulov.

Typ C

Ak fibróza zahrňuje perineurium a endoneurium vo fascikuloch, javia sa počas palpácie tuhé a nerexpandujú sa po dekomprezii. Úspech môžeme očakávať len v prípadoch, v ktorých perineurium je fibrotické a scvrknuté, ale endoneurium je ešte intaktné.

Tab. č.6: Klasifikácia fibrózy podľa stupňa:

I.stupeň - Nervový segment stratil vodivosť, ale je morfologicky intaktný. Stav korešponduje s neuropraxiou, môžeme očakávať spontánnu úpravu. Nemusí sa vyskytnúť, ak je prítomná externá alebo interná kompresia následkom fibrózy. Táto fibróza môže byť typu A alebo B.

II.stupeň - V týchto prípadoch axóny stratili kontinuitu. Všetky ďalšie štruktúry zostali intaktné. Aj v týchto prípadoch môžeme očakávať spontánnu úpravu, aj keď tomu môže zabrániť externá kompresia alebo vývoj fibrózy typu A alebo B.

III.stupeň - V týchto prípadoch je endoneurálne tkanivo tiež poškodené, ale fascikulárny vzorec zostáva intaktný. Spontánna regenerácia je možná, ale môže byť ohrozená rozvojom fibrózy typu A alebo B. Ak sa endoneurálne tkanivo stáva fibrotickým, je prítomný typ C. A v ďalšom priebehu je spontánna úprava nepravdepodobná. Fascikuly by mali byť excidované s následnou rekonštrukciou nervu nervovým štepm.

IV.stupeň - Ak nerv, ktorý stratil svoj fascikulárny vzorec, a kontinuita je zabezpečená len prostredníctvom spojivového tkaniva. Úspešnú regeneráciu nemôžeme očakávať dokonca ani v prípadoch, ak niektoré axóny preniknú cez miesto poškodenia a môže byť dokázaná nejaká vodivosť počas peroperačnej elektrickej stimulácie.

Tab. č.7 : Závislosť výsledkov vonkajšej neurolízy periférnych nervov končatín od doby operácie po úraze

Čas (mesiace)	Počet pacientov	Vonkajšia neurolíza	Vnútorná neurolíza
0-3	33	33 / 33	
4 a viac	49	44 / 27	5 / 3
Total	82	77 / 60	5 / 3

* Hodnoty sú vyjadrené ako počet liečených prípadov/ prípady s užitočnou úpravou M3 a viac

Tab. č.8 : Závislosť výsledkov neurolíz periférnych nervov končatín od veku pacienta

Vek (v rokoch)	Počet pacientov	Neurolíza vonkajšia	Neurolíza vnútorná
do 20	17	17 / 17	
nad 20	65	60 / 51	5 / 3
Spolu	82	77 / 68	5 / 3

PLASTICKÁ CHIRURGIA

Zanedbaná malignita dolného viečka.

Kazuistika.

Kokavec R.

Klinika plastickej chirurgie LFUK, Bratislava
Prednosta : Doc. MUDr. J. Fedeleš, CSc.

Súhrn

Práca prezentuje kazuistiku pacienta s 20 ročnou anamnézou rastu tumoru, ktorý svojím rozsahom vyžadoval totálnu rekonštrukciu dolného viečka.

Kľúčové slová : rekonštrukcia dolného viečka, lícny rotačný lalok, chrupavčitý transplantát

Kokavec R.

Neglected Malignancy of Lower Eyelid. - Case Report.

Summary

A case of the patient with a neglected tumor of a lower eyelid is presented. A history of the extensive growth of the tumor, which lasted about 20 years required a total reconstruction of the lower eyelid.

Key words : lower eyelid reconstruction, cheek rotation flap, cartilaginous graft

Úvod

Z pomedzi všetkých nonmelanomových karcinómov kože najčastejší výskyt majú bazocelulárne karcinómy (bazaliómy). Ich incidencia sa podľa literárnych údajov pohybuje medzi 65-80%. Etiopatogenéza ochorenia je v súčasnosti najviac asociovaná s chronickou traumatizáciou kože, s dlhodobou expozíciou kože slnečným žiareniom, röntgenovým žiareniom a arzénom. Bazaliómy môžu taktiež vzniknúť pri popáleninách ľažšieho stupňa ako aj pri niektorých vrodených ochoreniach kože. Ide o ochorenie s nízkym metastatickým potenciálom (0,03%), ktoré postihuje človeka bez rozdielu na veku, pohlaví a etniku (7). Až v 75% sa bazaliómy vyskytujú na hlave a krku, to znamená na častiach tela, ktoré sú najviac exponované slnečnému žiareniu (2).

Kazuistika

55 ročný pacient s 20 ročnou anamnézou rastu exulcerovaného tumoru v oblasti pravého dolného viečka bol prijatý na Kliniku plastickej chirurgie v Bratislave. Počas celej doby trvania rastu malignity pacient nevyhľadal lekársku pomoc. K liečbe ho prinutili až rodinný príslušník z dôvodu šírenia sa nevydržateľného putridného zápachu a pre známky osídlenia tumoru červmi /obr.1,2/. Klinicky sa jednalo o exulcerovaný bazalióm veľkosti 4x3cm. Predoperačne sa CT vyšetrením nedokázali známky infiltrácie tumoru do skeletu a očného bulbu. Defekt vzniknutý po

radikálnej excízii tumoru veľkosti cca 6x5cm vyžadoval totálnu rekonštrukciu dolného viečka. Absentujúca konjunktíva bola rekonštruovaná deliberizáciou a mobilizáciou jej zostávajúcich častí z fornixu. Nasledovala rekonštrukcia tarzu pomocou voľného chrupavčitého transplantátu z konchálnej chrupavky /obr.3/. Kožný kryt bol riešený pomocou rotačného lícneho laloka podľa Mustardého (4, 5), fixovaného v oblasti laterálneho kantu o periost orbity /obr.4,5/.

Diskusia

Celková rekonštrukcia dolného viečka zahŕňa chirurgickú rekonštrukciu konjunktívy, tarzálnej platne a kožného krytu. Existuje niekoľko alternatív rekonštrukcie, ktorými sa na dolnom viečku dá dosiahnuť primeraná funkčnosť a estetickú únosnosť (1, 3, 6, 8, 9, 10). Aby sa predišlo vzniku možných pooperačných komplikácií (ectropium, entropium, lagophtalmus, keratopatia atď.), samotný charakter vzniknutého defektu vyžaduje správny výber chirurgickej techniky. Z hľadiska našich klinických skúseností dodržujeme preto pri totálnej rekonštrukcii dolného viečka tieto pravidlá :

- pri rekonštrukcii konjunktívy preferujeme bukálnu mukózu pred septálnou pre minimálnu alteráciu donorského miesta,
- pri rekonštrukcii tarzu preferujeme konkávnejší chrupavčitý transplantát z konchy pred septálnym,
- septálny „composite graft“ považujeme len ako

rezervnú alternatívu,

- kožný kryt prednostne rekonštruujeme technikami využívajúcimi materiál z temporozygomatickej oblasti pre znížený výskyt pooperačných ectropií.

Záver

Z hľadiska obnovenia funkčnosti rekonštruovaného dolného viečka a dosiahnutia aj primeranej estetickej únosnosti je pooperačný

výsledok pacienta potešujúci. Na druhej strane sa nám evokuje otázka: „Ako mohlo prísť k takému zanedbaniu tumoru pacientom?“. 20 ročná anamnéza rastu tumoru v tvárovej oblasti u inak zdravého pacienta je šokujúca a z medicínskeho hľadiska ľažko pochopiteľná. Našťastie podobné nálezy na tvári patria v našom klinickom materiáli do kategórie raritných.

Literatúra

1. Callahan, A.: Free composite lid graft. Arch. Ophtalmolog., 45, 1951, 2, s 539-562.
2. Goldberg, L. H.: Basal cell carcinoma. Lancet, 374, 1996, s. 663-667.
3. McGregor, I. A.: Eyelid reconstruction following subtotal resection of upper or lower lid. Br. J. Plast. Surg., 26, 1973, s. 346.
4. Mustardé, J. C.: Reconstruction of the eyelids. Ann. Plast. Surg., 11, 1983, 2, s. 149-169.
5. Mustardé, J. C.: Major reconstruction of the eyelid, the functional and aesthetic considerations. Clin. Plast. Surg., 8, 1981, 2, s. 227-236.
6. Puttermann, A. M.: Viable composite grafting in eyelid reconstruction. Am. J. Ophtalmol., 85, 1978, 2, s. 237-241.
7. Randle, H.W., Roenigk, R.K., Brodland, D.G.: Giant basal cell carcinoma (T3). Who is the risk? Cancer, 72, 1993, s. 1624-1630.
8. Smith, B., English, T. P.: Techniques available in reconstructive surgery of the eyelid. Br. J. Ophtalmolog., 54, 1970, 7, s. 450-455.
9. Tenzel, R R.: Reconstruction of central one-half of an eyelid. Arch. Ophtalmolog., 93, 1975, 2, s. 125-126.
10. Youens, W. F., Westphal, C., Barfield, F. T. Jr., Youens, H. T. Jr.: Full thickness lower lid transplant. Arch. Ophtalmolog., 77, 1967, 2, s. 226-228.

Obrázková príloha



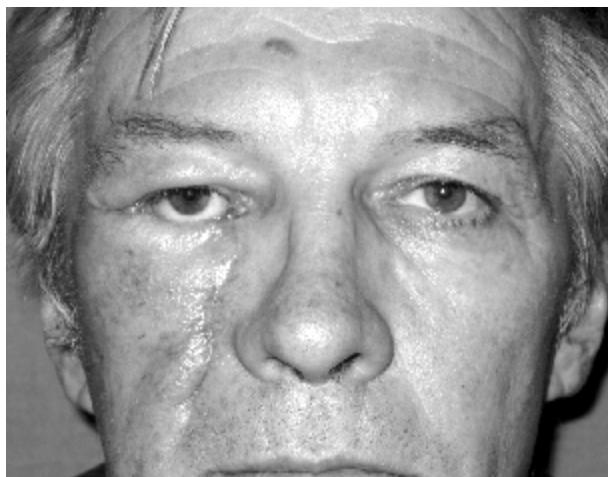
Obr.1,2 : 20 ročná anamnéza rastu exulcerovaného tumoru v oblasti dolného viečka veľkosti 4x3 cm



Obr.3 : Peroperačný nález s defektom po radikálnej resekcií tumoru



Obr.4 : Posledná fáza rekonštrukcie defektu pomocou lícneho laloka podľa Mustardého



Obr.5 : Funkčný a estetický výsledok 2 mesiace po operácii

RECENZIE - SPRÁVY SCHS – ŠTÚDIJNÉ POBYTY – FIREMNÉ PREZENTÁCIE

CHIRURGOVIA AKO ŽIJÚ A AKO ZOMIERAJÚ

Šimkovic Ivan

Pokračovanie z predchádzajúceho čísla časopisu !

Štyria boli všeobecní chirurgovia, jeden urolog a jeden plastický chirurg. U troch nepoznáme priamu príčinu smrti, čo je dosť časté u chirurgov nad 70 rokov. Príčiny úmrtia : neznáma príčina 3 krát, infarkt myokardu 1 krát, úraz 1 a jeden primár žije. Prim. Holenia je najstarší žijúci chirurg. Ani jeden z uvedenej skupiny neboli fajčiar. V ďalšom budeme analyzovať jednotlivé skupiny ochorení a ich účasť na úmrtnosti chirurgov.

Nádorové ochorenia.

Pravdepodobnosť vzniku nádorového ochorenia je u mužov 1:3,8 a pravdepodobnosť úmrtia 1:5,9. Z celkového počtu chirurgov bolo nádorom postihnutých 51 (30%). Uvedený údaj je relatívne vysoký, lebo sa uvádzá, že nádorové ochorenia sú svojim výskytom 17% po kardiovaskulárnych s 50% druhou najčastejšou príčinou smrti. Uvedených 30% sa dá vysvetliť u chirurgov tým, že ich štatisticky analyzujeme vo veku od 30 do 94 rokov, teda vo veku, keď je nádorové ochorenie najčastejšie ako v rozmedzí od 0 do 29 rokov.

Tumory zažívacieho traktu.

Vyskytli sa u 22 pacientov (12%). V tabuľke analyzujeme úmrtia na nádor a ich výskyt u chirurgov.

Umretie na nádor - výskyt u chirurgov :

Oesofagus	1 : 250	1
Žalúdok	1 : 83	2+1 psychiatria
Pečeň	1 : 1 000 000	4+1 hepatitída
Žlčník	1 : 50	1
Pankreas	1 : 91	6
Hrubé črevo + rectum	1 : 22	7+1 možný IM
Spolu :		24

U tumorov GIT-u sme našli 5x tumor pečene, ktorý nájdeme v Cancer Statistics (1978) len raz na 1 000 000. Ďalej sú vyššie údaje pri ochoreniach pankreasu /6/ a pri tumoroch hrubého čreva /7/ 1 : 22. U zostávajúcich orgánov uvádzame len fakty lebo pre malé čísla sa neopovažujeme robiť závery.

Ostatné tumory : vyskytli sa v našom súbore u 27 chirurgov /17%/. Umretie na nádor - výskyt u chirurgov :

Ca pulmonum	1 : 17	7
+ arterioskleróza		8
+ mozková príhoda		1
Ca močového mechúra	1 : 50	1
Ca prostaty /1 operovaný/	1 : 20	5
Tu lymfatických uzlín	1 : 67	2
Lymfo – sa		1
Plasmocytom		1
Melanom		1
Tu cerebri		1
Nedefinovaný Tu		1
Tu rtg podmienený:		
Ca horných končatín		2
Lymfatická leukémia		1
Vleklé ochorenia		1
Spolu :		27

Ako sme uviedli je ostatných nádorov 27 /17%. Najväčšiu skupinu tvoria Tu plúc, ktoré sa vyskytli 8 krát. Piatich sme poznali ako väšniyých fajčiarov a ku ostatným sa pre nedostatok informácií nevieme vyjadriť. U jedného sa podarila úspešná lobektómia, zomrel však o niekoľko rokov v dôsledku metastáz. Ostatní neboli operovaní. Vyššie údaje o smrtnosti sme našli pri Ca prostaty /5%, z ktorých sa podrobil operácii len jeden. Špecifické pre chirurgické pracoviská sú 3 prípady nádorového ochorenia zapríčinené rtg. žiarením. U dvoch pacientov si rtg. ulcus vynútil lymfatickú leukémiu. Ich vek bol v rozmedzí od 52 do 56 rokov, čo je oproti priemeru o 11,1 roka menej. Zavedením rtg. zosilňovačov obrazu do praxe aj naprieck ich častému používaniu Ca ulcerus prestal byť problémom. Ostatné tumory sa vyskytujú u chirurgov len ojedinelo a neumožňujú nám robiť závery.

Kardiovaskulárne ochorenia: 66 /38%/
Infarkt myokardu 35 /21%/

Náhla smrť	9+1 diabetes : 1
Apoplexia	12 + hypertenzia +
diabetes :	1
Chlopňové chyby:	
Mitrálne	2 1 operovaná
Aortálne	1
Kardiálne zlyhanie	2
Smrť pri zlyhaní kardiostimulátora	1
Ruptúra aneuryzmy brušnej aorty	1

Najväčšiu skupinu tvoria chirurgovia s kardiovaskulárnymi ochoreniami. Bolo ich 66 /38%. Najčastejšia príčina bol infarkt myokardu na ktorý zomrelo 35 chorých /21%. V uvedenom súbore nie sú zachytené náhle úmrtia /9/ kde určite nájdeme u polovice infarkt myokardu a môžeme s určitosťou prehlásit', že na infarkt myokardu zomiera každý 4 chirurg. Ďalšia častá príčina smrti bola apoplexia /12/, ktorá bola v jednom prípade kombinovaná s hypertensiou a diabetom. U polovice chirurgov mala príhoda vážne trvalé následky vo forme plégie, čo znamenalo koniec chirurgickej práce, v lepšom prípade preradenie do iného medicínskeho odboru ako napr. rehabilitačného pracovníka. U druhej polovice postihnutých končila príhoda smrťou. U 3 chorých bola príčinou invalidizácie chlopňová chyba: dva krát to bola mitrálna a raz aortálna. Z nich jeden chirurg sa podrobil nahradeniu mitrálnej chlopne. Zomrel niekoľko rokov po výkone, keď s vnukom hral stolný tenis. Jeden vedúci pracovník zomrel niekoľko rokov po zlyhaní kardiostimulátora. Bola to náhla smrť. U ďalšieho chirurga údaje operovaného na našej klinike sa nepodarilo potvrdiť. Bol operovaný pravdepodobne v zahraničí kde asi aj zomrel. Posledný chirurg z tejto skupiny zomrel na ruptúrovanú aneuryzmu brušnej aorty. Uvedieme ho v náhlych príhodach brušných.

Náhle príhody brušné :

Perforovaná apendicitída	2
Akúttna pankreatítida	1
Rupturovaná aneuryzma brušnej aorty	1

V dnešnej dobe, keď sa propaguje včasná operačná liečba apendicitídy, je pravdepodobnosť smrti na toto ochorenie minimálna a pri správnom liečebnom postupe prakticky nulová. Aj napriek uvedenému sme u dvoch chirurgov našli príčinu úmrtia a perforovanú apendicitídu. Prvý primár chirurgického oddelenia zomrel počas I. svetovej vojny, keď radikálny chirurgický postup nebol ešte pravidlom. U druhého chorého boli príznaky apendicitídy prekryté Carcinoidom v oblasti ileocoekálnej. Po operácii sa pacient zotavil, ale pri vyššom veku (76 rokov) napriek úspešnej rehabilitácii po niekoľkých mesiacoch zomrel. Akútnej pankreatítide podľahol ďalší primár. V známej a obsiahlej učebnici Prof. Jiráska sa ruptúra aneuryzmy brušnej aorty medzi náhlymi príhodami brušnými ani nespomína a jej výskyt bol pravdepodobne minimálny. Išlo o raritné ochorenie. S predĺžovaním priemerného veku obyvateľstva sa stretávame s ochorením aj u lekárov a zomrel na ochorenie aj primár urológ. Bolo to krátko po resekcii aneuryzmy.

Poruchy v psychickej sfére :

Alkoholizmus	4
Psychiatrické ochorenie	2
Suicidia	5
Morfinizmus	1

Problémy s alkoholom sme zachytili v predchádzajúcej časti a predstavujú u chirurgov závažný problém. Dvaja naši chirurgovia ukončili svoj život v psychiatrickej liečebni a tretí, ktorý celý život pôsobil ako operný spevák zomrel na rakovinu žalúdku. So štvrtinovým úväzkom pracoval na chirurgickej klinike, a tak si po celý život udržal odbornú kvalifikáciu. Mnho užitočnej práce vykonal ako klinický štatistik. Samovraždy sme mali u 5 chirurgov. Traja ukončili svoj život obesením, raz skokom z výšky a u jedného sa nám spôsob úmrtia nepodarilo zistíť. Je zaujímavé, že u 3 z piatich boli urológovia a dva krát všeobecní chirurgovia. Celkový počet urológov bol 18, z čoho 3 samovraždy predstavujú 16,6%. Je to iste náhoda, ale zaujímavá zhoda okolností. V našom súbore máme 7 chirurgov, ktorí zomreli na diabetes. Bez iných pridružených komplikácií boli dvaja. Komplikácie sa vyskytli nasledujúce:

Apoplexia	1
Náhla smrť	1
Ischemia dolných končatín + amputácie	2
Cirhosis hepatis + ulcus ventriculi + alkoholizmus	1

V priemere dožili diabetici 59,8 roka, kým priemerný vek dožitia nedíabetikov bol 67,4 roka. Podľa štatistických údajov sa diabetes vyskytuje u 6% obyvateľov a je častejší u žien v pomere 1:4. S vekom zisťujeme narastanie jeho výskytu a v 60 roku veku sa nájde u 16% obyvateľov. Nepriaznivý faktor je súčasná obezita.

Pri priemernej obezite je incidencia 4 krát vyššia a pri ďalšej tučnote narastá jej výskyt až 30 násobne. Toľko štatistické údaje. Keď sa pozéráme z uvedeného pohľadu na situáciu chirurgov, ktorí sú väčšinou menej obézni a väčšinou muži, zdá sa byť situácia priaznivá. V našom súbore 171 chirurgov sa vyskytol diabetes u 7 zomrelých, t.j. u 4,2%. Treba pripomenúť, že išlo o chorých s priemerným vekom 59,8 roka, ktorý je oproti priemeru o 7,6 roka nižší ako kontrolná skupina. Z našich pacientov sa diabetes vyskytol u dvoch chorých. U ostávajúcich bola príomná aj ischemická choroba dolných končatín, ktoré si vyžiadali amputácie. V jednom prípade smrť zapríčinila mozgová príhoda a u ďalšieho náhle úmrtie, pravdepodobne infarkt. Posledné úmrtie

zapríčinilo multiorgánove ochorenie, na ktorom sa podieľali okrem diabetu aj cirrhosis hepatis, ulcerus ventriculi a alkoholizmus.

V ďalšom podávame prehľad smrteľných úrazov :

Motorkový úraz. Zrazený autom. Zomrel na krvácanie do mozgu po úraze hlavy.

5. Smrť dvoch chirurgov pri spoločnej autonehode.

Amputácia dolných končatín pri páde pod vlak. Pád helikoptéry. Pritlačený nákladným autom o múr. Zomrel v koncentračnom tábore v Nemecku.

Priemerná úmrtnosť chirurgov s úrazom bola 46 rokov. Priemerná úmrtnosť bez Prof. Kňazovického: 40 rokov.

Priemerná úmrtnosť všetkých chirurgov: 67,4 roka.

Na záver chceme upozorniť na dva zlozvyky našich chirurgov :

Podľa našich zistení 50% chirurgov fajčí, čo má za následok vysoký výskyt Ca pulmonum a vznik kardiovaskulárnych ochorení, na ktoré zomiera 2/3 chirurgov. Aj napriek tomu je priemerný vek dožitia 67,4 roka.

Najčastejšia príčina úmrtia u našich chirurgov je sú kardiovaskulárne a nádorové ochorenia, na ktoré zomiera 66,5%. U troch chirurgov sme zistili nádorové ochorenie podmienené rtg žiarením. Bolo to v období, keď rtg zosilňovače obrazu neboli k dispozícii. Zatial v našej sérii nachádzame málo kardiovaskulárnych operácií (celkovo 7). U chirurgov sme mali 5 samovrážd a na 18 urológov spáchali suicidium traja (21%), čo predpokladáme, že je náhodný výskyt.

V práci autori analyzujú osudy 167 chirurgov a 5 chirurgičiek, ktorí žili v období od 1920 až dodnes na Slovensku. Nižší vek ako 40 rokov dosiahlo 3,6% chirurgov a vek vyšší ako 90 rokov dosiahlo rovnaký počet. Najvyššie počty o dožití sme našli v 6. Desaťročí, kedy ich zomrelo 27,5%. Nakoniec sa uvádzajú príčiny úmrtia ako aj vek dožitia lekárov pôsobiacich v jednotlivých chirurgických disciplínach.

Literatúra :

1. Šimkovic I.: O chirurgii, chirurgoch a nielen o nich. Smaragd. Pedagogické nakladateľstvo. 2001.
2. Richard Clarc: Who, Hobbies and Heroes. Ann. Thorac. Surg. 1990, 49: 515-521.
3. Kothaj P. a kol.: Momenty z dejín slovenskej chirurgie. Patria a spol. 1999.
4. Vajc J.: Storočnica narodenia Prof.MUDr.Jána Kňazovického – prvého dekanu Lekárskej fakulty v Košiciach a zakladateľa košickej chirurgickej školy. Rozhl.Chir.,72,8,1993,s.394-395..
5. Best N., Taylor N.: The Psychological Basis of Medical Praxis. Fourth Edition. The William and Wilkins Comp. 1945. Vademecum medici. Osvoeta, Martin. 1985.
6. Jirásek A.: Náhle pribíhody bříšní. Melntrich 1943.

Primár MUDr. Štefan Haninec 70-ročný.

Nechce sa veriť, že čas tak rýchlo plynne. Dôkazom toho je však i životné jubileum emeritného primára chirurgického oddelenia v Trstenej MUDr. Štefana Haninca, jedného zo známych bratov - chirurgov, ktorý sa dožíva 70 rokov.

Primár Haninec sa narodil 31. 10. 1934 v Zem. Kvášove, okr. Považská Bystrica. Lekársku fakultu absolvoval v rokoch 1953-1959 na Karlovej univerzite v Prahe. Počas štúdia pracoval ako demonštrátor v anatomickom ústave u prof. Borovanského a tiež ako pomocná vedecká sila na klinike u prof. Niederleho.

Po absolvovaní lek. fakulty nastúpil do ZÚNZ v Dubnici, kde pracoval ako sekundárny lekár, neskôr ako zástupca primára. Po zrušení oddelenia v Dubnici odišiel pracovať na chirurgickú kliniku prof. Šteinera do Martina. Tam pracoval ako sekundárny lekár, neskôr ako odborný asistent u prof. Kukuru. V roku 1969 odišiel pracovať do OÚNZ Žilina ako zástupca primára na Traumatologické oddelenie. V roku 1974 prichádza na Oravu, do OÚNZ Dolný Kubín, kde pracuje ako ambulantný chirurg v Námestove. V roku 1976 je menovaný primárom Chirurgického oddelenia v Trstenej. Dvadsaťročné obdobie na Chirurgickom oddelení v Trstenej, vo funkcii primára, boli naplnené tvrdou a plodnou prácou. Zavádzaním nových, moderných trendov v chirurgickej liečbe, hlavne traumatológie, cievnej chirurgie a chirurgie brucha. Príkladná je hlavne jeho húzevnatosť, chirurgická zručnosť, široký rozhlás a jeho schopnosť vedieť sa správne rozhodnúť i v kritických situáciách. Popri svojej práci si našiel čas aj na svoju veľkú záľubu - polovníctvo. Pri nástupe do funkcie bol obklopený len mladými a neskúsenými chirurgami - on im však dôveroval a dal im možnosť. Mnohí z nich sú dnes dobrými chirurgami i na iných pracoviskách. Tým, že dal možnosť mladým, zanechal po sebe významné dielo. Primár Haninec i v súčasnosti pracuje ako aktívny chirurg. Svojou prácou si získal rešpekt a uznanie nielen svojich spolupracovníkov z odborných kruhov, ale aj širokého okolia.

Za jeho prácu na Chirurgickom oddelení v Trstenej mu chcem podakovať v mene celého kolektívu, popriat dobré zdravie, veľa síl a optimizmu do ďalšieho života.

MUDr. Ján Papán
primár Chirurgického oddelenia

V. slovenský kongres chirurgie ruky 21. - 22. októbra 2004 - B O J N I C E

Odborný program :

I. sekcia: 9,30-10,30 - Predsedníctvo: J.Strmeň, A. Nejedlý, T. Kluka, J. Veselý

I. Stupka, J.Veselý, L.Dražan, P.Hyža, M.Molitor, Z.Dvořák, L.Kučerová: Srovnání senzitivity replantovaných a přenesených prstu /Brno,/ A.Nejedlý: Rekonstrukce palce volným lalokem art. Radialis – komplikace a jejich liečba /Praha/ T.Kluka, Š.Guzanin, A.Zavadová: Policizácie po vrodených a získaných chybách ruky /Košice/ P.Lengeyl, E.Frišman, S.Babjaková: Stratové poranie v oblasti ruky /Košice-Šaca/ J.Strmeň a spol.: Anatomicko-klinické poznámky v chirurgii ruky /ILAVA/

DISKUSIA: 10,50-11,15 hod, Prestávka: 11,15-11,30 hod.

II.sekcia:11,30-12,30 - predsedníctvo: R.Slodická, J.Cigaňák, Š.Guzanin

R.Slodická: Minimálne invazívne operácie na ruke – nutnosť alebo módny trend? /Rosenheim, Germany/ J.Cigaňák, M.Magdin ml., M.Mladý, J.Konečný: Miniinvasive carpal tunnel using flexible /Gilgli/ saw – experience of 28 cases /Bojnice/ K.Dlalab: Některé vlastní zkušenosti při transpozičních operacích při parese n. radialis /Chotoviny u Táboru/ R.Pridavka, V.Strmeňová, V.Kerná: Dupuytrenova kontraktúra – výsledky a komplikácie operačnej liečby nášho súboru pacientov za posledných 9 rokov /Martin/ B.Zálešák, J.Poláková: Small tissue transfer in treatment of complex hanad injury. Case report /Olomouc/

DISKUSIA: 12,15-12,30 hod, OBED: 13,00-13,45 hod /Reštaurácia Hotel pod zámkom/

III. sekcia:14,00-14,50 hod./Štvrtok/ - Predsedníctvo: D. Mištuna, A. Schmoranzová, L.Pravda

D.Mištuna, L.Šutiak, I.Šinák, A.Mikolajčík, L.Hlinka: Infekcie ruky u diabetikov /Martin/ J.Palmaj, J.Olexík, J.Koreň, P.Kozub: Tuberkulóza ruky a zápästia: diagnostika a liečba /Bratislava/ Babjaková, J.Babík, P.Lengeyl: Komplexná liečba popálenín ruky /Košice-Šaca/ Schmoranzová, Hellmuth: Neobvyklý projev interného onemocnenia na ruce – kazuistika. /Vysoká nad Jizerou/ L.Pravda: Implantáčna arthroplastika metakarpophalangeálnych kľov /Piešťany/ I.Homola, I.Korňanová, T.Bucha: Netradičné riešenie ankylozy drobných kľov rúk /Martin/

DISKUSIA: 15,00-15,15 hod., Prestávka: 15,15-15,30 hod.

22.10.2004 Piatok, zač. 8,00 hod.

V.Sekcia 8,00-9,30, predsedníctvo: J. Cigaňák, T. Hyža, S. Vajcziková

J.Cigaňák, M.Mladý, T.Bakoš, M.Magdin ml.: Rekonštrukčné operácie inveterovaných ruptúr dlhého vystierača palca /Bojnice/ A.Sukop, M.Tvrdek, R.Kufa: Možnosti ošetroní v zastaralých poranení hlubokých flexoru – primárni transplantace šľachového štepu /Praha/ P.Hyža, J.Veselý, I.Stupka, L.Dražan, T.Mrázek, M.Molitor, Y.Macrimo: Rekonstrukce defektů prstů ruky volnými venozními laloky /Brno/ J.Mihaly: Liečba Poranení šíliach ruky /Prešov/T.Kluka, Š.Guzanin, A.Zavadová: Aplázie radia /Košice/ S.Vajcziková, JPT.Braunsteiner, J.Látal, P.Šimko: Rekonštrukčné operácie po zlomeninách distálneho radia /Bratislava/

Diskusia 9,40-10,00 hod., 10,00-10,30 hod prestávka

VI. Sekcia 10,30 – 12,30 hod - Predsedníctvo: J. Janovič, A.Sukop, J. Koštal, P. Chovan,

A.Sukop, M.Tvrdek, M.Dušková, O.Nařka, Š.Budka, L.Hauschitzová, O.Mešťák: Anatomické zákonitosti dorzálního žilního řečište prstů ruky /Praha/ P.Chovan, D.Palenčák, J.Fedeles: Poranenia plexus brachialis, diagnostika a možnosti chirurgickej liečby /Bratislava/ J.Hedera, D.Pallenčák, J.Fedeles: Rekonštrukcia hlavice proximálneho phalnagu kostochondrálnym štepom - kazuistika /Bratislava/ D.Magdin, J.Konečný, M.Mladý, T.Bakoš, J.Cigaňák: Up to date biologické osteosyntézy ruky /Bojnice/ J.Janovič, J.Fedeles a spol.: Téma rezervovaná /Bratislava/ J.Koštal a kol. chir. odd ruky Bratislava: Téma rezervovaná

IV. Sekcia: 15,30 – 16,30 /Štvrtok/ - Predsedníctvo: D. Palenčák, L. Pleva, P. Dráč

P.Chovan,D.Palenčák, J.Fedeles: Poranenia periférnych nervov - timing, operačná technika a pooperačná starostlivosť -redukácia /Bratislava/ J.Leško: Chirurgická liečba terminálnych neurómov periférnych nervov /Košice/ P.Dráč, P.Maňák, I.Labónek: Perkutánna osteosyntéza zlomenin člunkové kosti – hodnocení výsledku hojení /Olomouc/ L.Pliška, L.Pleva, Demel, Madeja: Mininvasívna osteosyntéza člinkovej kosti, predpoklady, možnosti a liečba /Ostrava/ Mudrák, M. Stránska: Liečba zlomenín ossis scaphoidei /Martin/ S.Vajcziková, J.Látal, T.Baunsteiner, P.Šimko, I.Chandog: Ošetrenie pseudoarthrosis ossis scapulodei /Bratislava/

DISKUSIA: 16,30 -16,50

S.Vajciková, D.Palenčák, T.Kluka, J.Hedera, J.Cigaňák: Koncepcia chirurgie ruky na Slovensku /Výbor Slovenskej spoločnosti ruky/

Zasadanie Slovenskej spoločnosti chirurgie ruky s diskusiou

DISKUSIA : 17,00 – 17,30 hod.

Diskusia k posterom: 17,30-18,00

T.Kempný, B.Vřeský, M.Rozprým, J.Nemeček : Aesthetics in free flap surgery techniques / Praha/

Od 18,30 hod. SPOLOČENSKÝ VEČER v Hoteli pod zámkom
21,30 -Nočné prehliadky Bojnicksého zámku s prekvapeniami