

# XXVII. PRAŽSKÉ CHIRURGICKÉ DNY

“JIRÁSKOVY DNY”

KC CUBEX CENTRUM  
PRAHA

Praha

4. – 5. LISTOPADU 2021

PROGRAMOVÝ  
SBORNÍK S ABSTRAKTY



**Pořadatel:**

1. chirurgická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Traumatologicko-ortopedická sekce ČAS

**Organizační výbor kongresu:**

prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.  
předseda organizačního a vědeckého výboru  
doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.  
koordinátor odborného programu Sekce lékařů  
PhDr. Dagmar Škochová, MBA  
koordinátor odborného programu Sekce zdravotnických pracovníků nelékařských profesí

**Organizátor:**

Congress Prague

## PARTNEŘI, VYSTAVOVATELÉ, FIREMNÍ SATELITNÍ SYMPOZIA A SPONZOROVANÉ PŘEDNÁŠKY

Hlavní partner: **Medtronic**

Partneři: **B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



Mediaální partneři: **Baxter** **ETHICON**  
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES **SOLUTIONS & SERVICES**  
by **VEOLIA**

Podpora kongresu: **novatin**

Mediaální podpora kongresu: **farmakoterapie** **MEDICINA**

### Vystavovatelé:

B. Braun Medical s.r.o.  
Berlin-Chemie Menarini Česká republika s.r.o.  
Bioster, a.s.  
Coloplast Czech s.r.o.,  
ConvaTec Česká republika s.r.o.  
EMPOLAS s.r.o.  
Ethicon  
HARTMANN-RICO a.s.  
MEDIN, a.s.  
MEDKONSULT, s.r.o.  
Medtronic Czechia s.r.o.  
Mölnlycke Health Care s.r.o.  
OLYMPUS CZECH GROUP, s.r.o.

PROMEDICA PRAHA GROUP, a.s.  
Solutions and Services, a.s. (Veolia)  
SurgiCare s.r.o.  
Teleflex Medical s.r.o.  
We Make Media, s.r.o.  
Profi Medicina

# VÍTÁME VÁS NA XXVII. PRAŽSKÝCH CHIRURGICKÝCH DNECH

Vážené kolegyně a kolegové, milí přátelé,

I. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, ve spolupráci s Českou chirurgickou společností, děkan 1. lékařské fakulty a ředitel Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Vás srdečně zvou na XXVII. pražské chirurgické dny. Pořádáme je ve dnech 4. – 5. listopadu 2021 spolu s Traumatologicko-ortopedickou sekcí ČAS, pod odbornou záštitou České chirurgické společnosti a ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi ČLS JEP.

Vzhledem k připravovanému odbornému programu, který obsahuje úzce specializovaná témata, ale i komplexní témata týkající se všech zdravotnických pracovníků, budou některá témata diskutována na společných sekcích lékařů a zdravotnických pracovníků nelékařských profesí, zatímco jiná budou probíhat paralelně. Počítáme s tím, že proběhnou setkání výborů odborných společností.

Kongres má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantován ČLS JEP ve spolupráci s ČLK ČR (ohodnocen kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání. Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK. Samostatná konference zdravotnických pracovníků nelékařských profesí je zařazena jako vzdělávací akce do kreditního systému ČAS a UNIFY dle vyhlášky MZ ČR č. 4/2010. Účast bude ohodnocena příslušným počtem kreditů (ČAS, UNIFY).

**prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.**

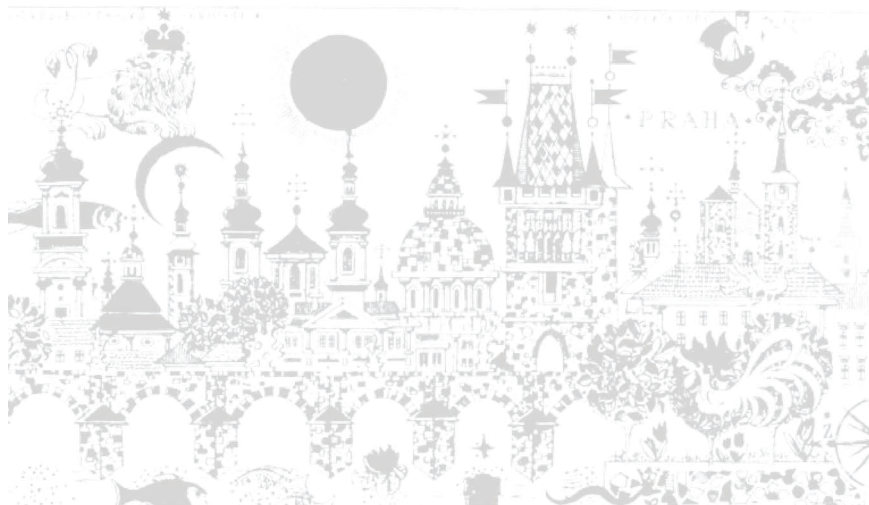
*předseda organizačního a vědeckého výboru kongresu,  
hlavní koordinátor odborného programu sekce lékařů*

**doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.**

*druhý koordinátor odborného programu sekce lékařů*

**PhDr. Dagmar Škochová, MBA**

*koordinátorka odborného programu  
konference zdravotnických pracovníků nelékařských profesí*



# STAPLE LINE SECURITY. TIMES THREE.



The proven performance of  
**Tri-Staple™** technology, now  
on the EEA™ circular stapler

**Medtronic**  
Further, Together

## ZÁKLADNÍ INFORMACE

### Pořadatel:

Chirurgická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Traumatologicko-ortopedická sekce ČAS

### Společenská a odborná zástita, partnerství:

Kongres XXVII. Pražské chirurgické dny „Jiráskovy dny“ se koná pod zástitou:

Prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc., MBA,

Rektora Univerzity Karlovy



### Spolupracující odborné společnosti ČLS JEP

Česká chirurgická společnost

Česká společnost úrazové chirurgie

Česká onkologická společnost

Česká společnost pro trombózu a hemostázu

Společnost raných infekcí

### Organizační výbor kongresu:

prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc.

předseda organizačního a vědeckého výboru

doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.

koordinátor odborného programu Sekce lékařů

PhDr. Dagmar Škochová, MBA

koordinátor odborného programu Sekce zdravotnických pracovníků nelékařských profesí

### Vědecký výbor:

Představitel české chirurgie a vybraní hosté

### Organizátor:

Congress Prague s.r.o.

### Odborný program:

doc. MUDr. Jan Ulrych, Ph.D.

koordinátor odborného programu Sekce lékařů

PhDr. Dagmar Škochová, MBA

koordinátorka odborného programu Sekce zdravotnických pracovníků nelékařských profesí

### Odpovědný zástupce:

Petra Skalová | [petra.skalova@congressprague.cz](mailto:petra.skalova@congressprague.cz) | +420 774 923 353

### Doprovodná výstava:

Petra Vaňoučková | [petra.vanouckova@congressprague.cz](mailto:petra.vanouckova@congressprague.cz) | +420 724 488 565

### Registrace a ubytování:

Silvie Krejsková | [silvie.krejskova@congressprague.cz](mailto:silvie.krejskova@congressprague.cz) | +420 241 445 759

### **Pravidla pro účast:**

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možné výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník (po uhrazení registračního poplatku) při vstupu na kongres.
- Součástí registračního poplatku na kongres nejsou kongresové obědy. Kongresový oběd je k dispozici pouze účastníkům, kteří si jej předem v rámci registrace na kongres na daný kongresový den objednali. Potvrzení vstupu na kongresový oběd je při objednání této služby součástí registračního průkazu účastníka.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. Kongresové prostory CUBEXu, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách CUBEXu určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách CUBEXu nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

### **Certifikáty:**

Účast na akci je zařazena do systému celoživotního vzdělávání dle Stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory. Registrovaní účastníci XXVII. Pražských chirurgických dnů, kteří absolvují odborný program, obdrží elektronický certifikát s příslušným počtem kreditů, s platností pro země EU, na svou elektronickou adresu.

Účast zdravotnických pracovníků v nelékařských profesích je hodnocena jako součást osobního vzdělávání a probíhá ve spolupráci s Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků (POUZP). Registrovaní účastníci obdrží elektronický certifikát o účasti na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

### **Doprovodný program:**

#### **Společná večeře pořádaná Českou chirurgickou společností JEP**

Termín konání: čtvrtek 4. listopadu 2021, mimo prostory kongresu.

Společná večeře České chirurgické společnosti ČLS JEP není součástí programu sjezdu. Pro účast na společné večeři je nezbytné zakoupit si vstupenku předem v rámci registrace nebo na místě v registračním centru kongresu do 4. listopadu 2021 12.00 hod. Počet vstupenek je limitován kapacitou společenských prostor v místě konání.

HARTMANN



Vivano®

Komplexní řešení v podtlakové  
terapii, při hospitalizaci  
i v ambulantní péči

lecbarany.cz

tel.: 800 100 333



**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



Novosyn® CHD je zdravotnický, sterilní, pletený, syntetický, vstřebatelný materiál chirurgického šití. Účelem tohoto zdravotnického prostředku je aproximace měkkých tkání. Materiál je potažen antibakteriální látkou chlorhexidin diacetát ke snížení rizika uchycení bakterií a kolonizace stahu bakteriemi. Indikace: V oblasti gastrointestinálního traktu, gynekologii, urologii a podvazování. Kontraindikace: V oblasti, kde je potřebná prodloužená podpora uzavírání tkání šitím materiálem (například kardiovaskulární chirurgie). Je kontraindikován v oční chirurgii, ušní chirurgii, vždy zamete kontakt materiálu s tkáňmi vnitřního ucha a také v uzavírání ran kardiovaskulárních a neurologických tkání. Nesmí se používat u pacientů se známými alergickými reakcemi na chlorhexidin diacetát, protože by mohla být důsledkem anafylaktické reakce. Nepoužívejte materiál u dětí do 2 let. Bezpečnostní pokyny: Materiál je zakázáno znovu sterilizovat. Výrobce je B. Braun Surgical, S.A., Ctra. de Terrasa 121, 08191 Rubí (Spain).

Před použitím si prosím pečlivě přečtěte návod k použití, neboť tento obsahuje informace o rizicích spojených s používáním zdravotnického prostředku a další důležité informace.

Novosyn® CHD

VSTŘEBATELNÉ PLETENÉ CHIRURGICKÉ ŠITÍ VLÁKNO,  
POTAŽENÉ CHLORHEXIDIN DIACETÁTEM

B. Braun Medical s.r.o. | V Parku 2335/20 | 148 00 Praha 4 | Česká republika  
Tel. +420-271 091 111 | info@bbraun.cz | www.bbraun.cz

## ODBORNÝ PROGRAM - SEKCE LÉKAŘŮ

ČTVRTEK – 4. listopadu 2021

**7:30 - 18:00 Registrace účastníků**

**9:00 – 9:20 Úvodní projevy**

### Současný stav diagnostiky a léčby sarkomů

**9:30 – 11:00 Blok I – sarkomy měkkých tkání**

**Předsednictvo: Krška Z, Petruželka L**

#### 1. Sarkomy měkkých tkání z pohledu patologa – klasifikace

Němejcová K

Ústav patologie VFN a 1. LF UK v Praze

#### 2. Sarkomy měkkých tkání – ESMO guidelines and real life

Moláček J, Třeška V, Baxa J, Vokurka S, Mach Ch, Polák R

Chirurgická klinika FN a LF v Plzni

#### 3. Principy chirurgické léčby sarkomů měkkých tkání

Fryba V

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

#### 4. Molekulární pohled na léčbu sarkomů

Petruželka L

Onkologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

#### 5. Změna paradigmatu v radioterapii sarkomů měkkých tkání

Argalácsová S

Onkologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

#### 6. Izolovaná hypertermická perfuze končetin u pacientů se sarkomy měkkých tkání – TNF $\alpha$ a bezpečnost léčby

Špaček M

II. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**11:00 – 11:15 Přestávka s občerstvením**

**11:15 – 12:00 Blok II - nádory skeletu**

**Předsednictvo: Povýšil C, Štulík J, Matějovský Z**

#### 1. Patologie a genetika nádorů skeletu

Povýšil C

Ústav patologie VFN a 1. LF UK v Praze

#### 2. Diagnosticko-terapeutický management nádorů dlouhých kostí z pohledu chirurga

Matějovský Z

Ortopedická klinika FN Bulovka a 1. LF UK v Praze

#### 3. Diagnosticko-terapeutický management nádorů páteře

Štulík J

Klinika spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol v Praze



**12:00 – 13:00**      **Oběd**

**13:00 – 14:20**      **Blok III - sarkomy měkkých tkání**

**Předsednictvo: Moláček J, Frýba V**

**1. Význam biopsie a centralizace v managementu diagnostiky sarkomů měkkých tkání**

Jaroščíková S, Ozaniak A, Lischke R.

II. chirurgická klinika 1.LF UK a FN Motol, Praha

**2. Sarkomy hrudníku a hrudní stěny a jejich chirurgická léčba**

Vachtenheim J Jr, Ozaniak A, Šimonek J, Lischke R

III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha

**3. Sekundární sarkomy měkkých tkání – přístup a možnosti dnes**

Šuta-Kimle K

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**4. Sarkomy měkkých tkání – dosáhli jsme maxima současných možností? Jaký je další krok?**

Ozaniak A, Střížová Z, Lischke R

III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol a Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

**5. Roboticky asistovaná chirurgická léčba presakrálního novotvaru**

Langer D, Kalvach J, Ryska M, Pohnán R

Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha

**6. Dispenzarizace pacientů s nádory měkkých tkání**

Podhráský M

III. chirurgická klinika 1.LF UK a FN Motol

**14:20 – 14:40**      **Přestávka s občerstvením**

**Náhlé příhody bříšní – aktuální stav a trendy v diagnostice a léčbě**

**14:40 – 15:40**      **Blok IV – náhlé příhody bříšní**

**Předsednictvo: Krška Z, Ulrych J**

**1. Epidemiologické trendy a současný pohled na klasifikaci NPB**

Krška Z

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**2. Zobrazovací metody – aktuální možnosti diagnostiky NPB**

Hořejš J

Radiodiagnostická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**3. Posuny v indikacích chirurgického výkonu u pacientů s NPB**

Ulrych J

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**4. Poruchy hemostázy a jejich management u pacientů s NPB**

Kvasnička J

Trombotické centrum VFN

**15:40 – 16:00**    **Přestávka s občerstvením**

**16:00 – 17:20**    **Blok V – náhlé příhody bříšní**

**Předsednictvo: Třeška V, Hoskovec D**

**1. Poranění jater**

Třeška V, Skalický T, Liška V, Vyčítal O, Mach Ch  
Chirurgická klinika LFUK a FN v Plzni

**2. Neúrazové hemoperitoneum**

Koželský P  
I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**3. Hemobilie – chirurgická léčba?**

Skalický T  
Chirurgická klinika LFUK a FN v Plzni

**4. Iatrogenní leze v HPB oblasti**

Hoskovec D  
I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**5. Perforované mezenterální divertikly tenkého střeva.**

Skála M, Liška V, Třeška V  
Chirurgická klinika LFUK a FN v Plzni

**6. Transhepatální perforace žlučníku s masivním intraperitoneálním krvácením jako vzácná komplikace akutní cholecystitidy**

Mach Ch, Moláček J, Skalický T, Třeška V  
Chirurgická klinika LFUK a FN v Plzni

**PÁTEK - 5. listopadu 2021**

**Komplexní přístup ke zlomeninám ve vyšším věku**

**9:00 – 9:45**    **Blok VI - obecná část**

**Předsednictvo: Burget F, Topinková E**

**1. Specifika traumatu u pacientů ve vyšším věku**

Burget F  
I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**2. Přístup ke geriatrickému pacientovi**

Topinková E  
Geriatrická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**3. Rehabilitace po úrazu u geriatrických pacientů**

Angerová Y  
Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK

**9:45 – 10:30**    **Blok podporovaných přednášek**

**9:45 – 10:00**    **Berlin-Chemie Menarini Česká republika s.r.o.**

**První fixní kombinace rychle působícího NSA a tramadolu**

Doležal T

**10:00 – 10:15**      **PROMEDICA PRAHA GROUP**  
**CMR VERSIUS Surgical Robotic system - Introduction**

Colin Eke

**10:15 – 10:30**      **Novatin s.r.o.**

**INHIXA – první biosimilární enoxaparin v ČR**

Slíva J.

**10:30 – 11:00**    **Přestávka s občerstvením**

**11:00 – 12:30**      **Blok VII – speciální část**

**Předsednictvo: Dungl P, Klézl Z**

**1. Zlomeniny pánve u gerontologických pacientů**

Dungl P

Ortopedická klinika FN Bulovka a 1. LF UK v Praze

**2. Zlomeniny horního konce stehenní kosti**

Baňář P

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**3. Úrazy páteře u gerontologických pacientů**

Klézl Z, Štulík J, Hajduk R, Rybářová M

Spondylochirurgická klinika 1. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole

**4. Rozdílné přístupy léčby zlomenin distálního radia u seniorů**

Kraus J

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**5. Zlomeniny proximálního humeru**

Paclík A

I. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

**12:30 – 12:35**    **Závěr kongresu**

**12:35 – 14:00**    **Oběd**

**SEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍ****ČTVRTEK 4. listopadu****9:00 – 9:30 Zahájení XXVII. pražských chirurgických dnů****9:30 – 10:45 I. PROGRAMOVÝ BLOK****Předsedající: Němcová J., Škochová D.****1. COVID a PSYCHÉ pohledem psychosomatiky**

Honzák R.  
IKEM Praha

**2. Výživa v perioperačním období**

Křížová J.  
VFN v Praze

**3. Provázení rodiny dítěte po sdělení závažné diagnózy**

Tomalová P, Kohoutková L

**10:45 – 11:00 Přestávka s občerstvením****11:00 – 12:15 II. PROGRAMOVÝ BLOK****Předsedající: Camprová P., Dolejší L.****1. Význam dezinfekce a sterilizace v době pandemie onemocnění Covid 19**

Melicherčíková V.  
Státní zdravotní ústav, Praha

**2. Problematika hojení ran u stomatochirurgických pacientů**

Sladovník T.  
VFN v Praze

**3. Přednáška sponzorovaná firmou ConvaTec****Vyrovňovací pásy Varimate v péči o stomiky**

Hamrová M.

**4. Lékové příčiny pádů seniorů**

Štenglová I., Netíková  
VFN v Praze

**12:15 – 13:15 Přestávka na oběd**

**13:15 – 15:00 III. PROGRAMOVÝ BLOK**

**Předsedající: Melicherčíková V., Makarová A.**

**1. Význam multioborové spolupráce u pacientů s břišní katastrofou**

Toningerová V.

VFN v Praze

**2. Plánování služeb a pomoci pacientům v závěru života/ Propuštění nemocného v závěru života a koordinace služeb a pomoci**

Makarová A.

VFN v Praze

**3. „...Aby z Vás robota neudělala robotu, tedy stres...“**

Janáčková L.

VFN v Praze

**4. ILCO, 10 let Informačního centra pro stomiky v Praze**

Ředinová M.

ILCO, Praha

**15:00 – 15:30 Diskuze**

**15:30 Závěr kongresu**

## POSTERY

**1. Spontánní mediastinum - Hammanův syndrom**

Awies M., Soukup P., Sekot J., Denemark L.  
Oblastní nemocnice Kolín, a.s., Kolín, ČR

**2. Objemný trichobezoár – kazuistika**

Procházková K., Houdek K., Vodička J., Třeška V.  
Chirurgická klinika FN Plzeň a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

**3. Replantace palce po totální amputaci**

Menšíková A.<sup>1,2,3</sup>, Kůřil P.<sup>1,2</sup>, Bůřilová P.<sup>1,2</sup>, Saibertová S.<sup>1</sup>, Stiborová Š.<sup>3,4</sup>, Pokorná A.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ústav zdravotnických věd, Masarykova univerzita, LF, Brno, ČR <sup>2</sup>Ústav veřejného zdraví, Masarykova univerzita, LF, Brno, ČR <sup>3</sup>Body klinika plastické chirurgie, Brno, ČR <sup>4</sup>Klinika plastické a estetické chirurgie, FNUŠA, Brno, ČR

**4. Využití NPWT v prevenci a léčbě komplikací u kardiochirurgických výkonů**

Kůřil P.<sup>1,2,3</sup>, Bůřilová P.<sup>1,2</sup>, Jahodová J.<sup>4</sup>, Menšíková A.<sup>1,2</sup>, Saibertová S.<sup>1</sup>, Pokorná A.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ústav zdravotnických věd, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Brno, Česká republika  
<sup>2</sup>Ústav veřejného zdraví, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Brno, Česká republika  
<sup>3</sup>Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Brno, Česká republika  
<sup>4</sup>Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno, Česká republika

**5. Historie první pomoci**

Veverková E.  
VFN v Praze



## LÉKAŘSKÉ NÁSTROJE A IMPLANTÁTY



→ Traumatologie

→ Ortopedie

→ Chirurgie

→ Stomatologie

→ Vzdělávání lékařů a sester

MEDIN, a. s. je tradiční česká společnost zabývající se vývojem, výrobou a distribucí lékařských nástrojů a implantátů.

[www.medin.cz](http://www.medin.cz)



**Sarkomy měkkých tkání z pohledu patologa – klasifikace**

Němejcová K.

Ústav patologie 1. LF UK a VFN

Sarkomy měkkých tkání jsou heterogenní skupinou vzácných maligních nádorů s ubikvitním výskytem. V současné době je popsáno více než 100 různých histologických subtypů, s odlišnou morfológií, s variabilním biologickým chováním, klinické prezentací a molekulárně biologických charakteristikách. Sarkomy většinou klasifikujeme na základě histogeneze (např. nádory z tukové tkáně, fibroblastické a myofibroblastické nádory, hladkosvalové nádory, nádory z krevních cév a další). V některých případech je však histogeneze neznámá a tyto nádory nejisté diferenciací pak klasifikujeme dle morfológie či architektiky. V poslední době se objevují nové jednotky charakterizované specifickou molekulární alterací.

Nádory měkkých tkání obecně jsou charakterizovány častou přítomností molekulárně biologických alterací, často s translokací genů vedoucí k transkripci fúzního proteinového produktu, který může být využit při imunohistochemickém vyšetření.

Diagnostika těchto nádorů je obecně obtížná zejména s ohledem na překryvné histopatologické ale mnohdy i imunohistochemické znaky a v poslední době stále více uplatňují i molekulárně biologická vyšetření. Molekulární biologické analýzy nabývají na významu, nejen z hlediska diagnostického, ale v některých případech i s ohledem na prognózu a predikci, jako je např. alveolárním nebo vřetenobuněčným rhabdomyosarkomu.

Nedílnou součástí biopického zpracování je kromě stanovení histologického typu i určení grade, jakožto prognostický faktor. Mezi další prognostické faktory patří kromě věku pacienta i velikost nádoru, stage (se samostatným stagingovým systémem pro sarkomy konkrétních lokalit) a anatomická lokalita nádoru.

Cílem sdělení je přiblížit problematiku klasifikace a diagnostiky sarkomů měkkých tkání, zejména s ohledem na jejich histomorfológie, imunohistochemické a molekulárně biologické charakteristiky.

**Sarkomy měkkých tkání - ESMO guidelines and real life**

Moláček J., Třeška V., Baxa J., Vokurka S., Mach Ch., Polák R.

Chirurgická klinika FN a LF v Plzni

Úvod: Sarkomy měkkých tkání (STS) zahrnují přibližně 80 různých typů nádorů lišících se na základě histologicko-morfológie, imunohistochemických a molekulárních faktorů. Jedná se o relativně vzácné tumory, jejichž incidence se v Evropě pohybuje kolem 5 případů na 100 tis. obyvatel a rok. STS tvoří přibližně 1% všech maligních tumorů u dospělých. Péče o pacienty s těmito nádory vyžaduje komplexní multioborový přístup. Měla by být poskytována ve vysokoobjemových centrech, které mají velké zkušenosti s touto heterogenní nosologickou jednotkou, resp. v sarkomových referenčních centrech.

Materiál a metody: Autoři prezentují své zkušenosti s léčbou 74 pacientů za sedmileté období 2014-2020 na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice v Plzni. V tomto souboru jsou uvedeny pouze sarkomy měkkých tkání, bez gastrointestinálních stromálních tumorů či sarkomů skeletu. U 64 pacientů (86%) jsme zvolili radikální resekční řešení. Autoři ve svém sdělení hodnotí míru schopnosti dosáhnout radikálního odstranění STS v různých lokalitách, sledují četnost recidivy tohoto onemocnění ve vztahu ke stagingu a gradingu a úspěšnost multioborové komplexní léčby.

Výsledky: V našem souboru jsme nezaznamenali úmrtí během 30 dnů od operace, pooperační komplikace související s vlastním výkonem (Clavien-Dindo II-IV) jsme zaznamenali u 18 % nemocných.



Nejčastěji se jednalo pooperační hematom, rannou infekci a respirační či oběhové selhání. V dlouhodobém sledování (průměrná doba follow-up 4 roky) jsme zaznamenali lokální recidivu základního onemocnění u 27%, vzdálené metastázy u 24% nemocných po provedeném radikálním výkonu.

**Závěr:** Jakékoliv ložisko v hloubce měkkých tkání, resp. povrchová léze větší než 5 cm, u níž panuje podezření, že by se mohlo jednat o sarkom, by měla být odeslána do centra specializující se na tuto problematiku. Jen komplexní, multioborový a v tomto případě do určité míry specifický přístup přinese co největší benefit pro pacienta. Vždy bychom se měli snažit postupovat podle ESMO doporučení, přesto však je někdy nutné péči individualizovat pro konkrétního nemocného.

### **Význam biopsie a centralizace v managementu diagnostiky sarkomů měkkých tkání**

*Jaroščíaková S., Ozaniak A., Lischke R.*

*III. chirurgická klinika 1.LF UK a FN Motol, Praha*

**Cíl:** Sarkomy měkkých tkání jsou heterogenní skupina mezenchymálních nádorů. Zahrnují více než 80 histologických podtypů s různou biologickou povahou a prognózou. Tvoří přibližně 1% všech malignit u dospělých. Správná histologická klasifikace je zásadní před zahájením individualizované terapie. Podle guidelines European Society for Medical Oncology (ESMO) a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) biopsie primárního tumoru by měla být provedena standardně po doplnění zobrazovacích vyšetření. Metodou provedení je core cut biopsie nebo incizionální biopsie. Cílem sdělení je systematický přehled o využití biopsie v diagnostice sarkomů a prezentace vlastních zkušeností.

**Metoda:** Retrospektivní analýza dat pacientů se sarkomy měkkých tkání.

**Výsledky:** Za období 5 let (2016-2020) bylo na III. chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Motole vyšetřeno 311 pacientů s tumorem měkkých tkání, u kterých byla provedena operace. U povrchově uložených nádorů je metodou volby core cut biopsie prováděná ambulantně v lokální anestézii 14-18G jehlou. U hluboce uložených lézí je vyšetření provedeno pod UZ nebo CT kontrolou za hospitalizace. Z celkového počtu bylo diagnostikováno 169 sarkomů různého histologického typu, 40 gastrointestinálních tumorů a 16 solitárních fibrózních tumorů. Primární resekční výkon byl proveden jen ve 42,6% případech. V ostatních případech se jednalo o re-operaci časně nebo pozdní recidivy či re-resekční výkon po neradikálně provedené excizi tumorů prvotně nezamýšlené pro sarkomy.

**Závěr:** Podobně jako u jiných raritních onemocnění zkušenosti většiny lékařů a patológů v diagnostice a multimodální terapii sarkomů jsou limitované. Biopsie před provedením samotného resekčního výkonu by měla být součástí diagnostického procesu. Core cut biopsie je běžně dostupná metoda, s přihlédnutím k nízké morbiditě pacienta, minimalizaci časové a finanční zátěže má její využití ve světě stoupající tendenci. Vyžádané reoperace mají nepříznivý dopad na prognózu pacienta, zvláště u sarkomů dutiny břišní a retroperitonea, které jsou často spojené s rozsáhlou plastickou rekonstrukcí vzniklého defektu při re-excizii a v neposlední řadě zvyšují celkové ekonomické náklady na zdravotní péči. Optimalizace léčby by měla být dosažena soustředěním pacientů do jednotlivých center, které se řídí klinickými doporučeními postupy podle evropského a světového trendu.

### **Sarkomy hrudníku a hrudní stěny a jejich chirurgická léčba**

*Vachtenheim J., Ozaniak A., Šimonek J., Lischke R.*

*III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha*

Sarkomy měkkých tkání a jejich léčba obecně představují poměrně specifickou problematiku. Předpokladem léčebného úspěchu je především radikální chirurgická R0 resekce, která může vyžadovat i zásadně mutilující výkony. V oblasti trupu (hrudní/břišní stěny) je lokalizováno přibližně 19% všech diagnostikovaných sarkomů měkkých tkání. Před zahájením terapie je zcela nezbytně nutná precizní histopatologická verifikace procesu a kompletní staging onemocnění.

V obecnosti se terapie se sarkomů hrudníku a hrudní stěny neliší od terapie sarkomů v jiných anatomických lokalizacích. Hlavní modalitou léčby zůstává chirurgické resekce, která je často doplněná adjuvantní radioterapií. Nicméně, u sarkomů hrudníku nebo hrudní stěny může onkologicky radikální chirurgická resekce vést vzhledem k velikosti nebo uložení nádoru ke vzniku rozsáhlých defektů (resekce hrudní stěny, plicní resekce, resekce perikardu, resekce velkých cév). Následná funkční i estetická rekonstrukce vzniklých defektů je součástí předoperační rozvahy a neměla by být limitem operability. Jediným limitem operace je vztah k životně důležitým anatomickým strukturám a případná generalizace onemocnění. Na konkrétních případech demonstrujeme vlastní zkušenosti s řešením a rekonstrukcí těchto defektů.

## **Sekundární sarkomy měkkých tkání – přístup a možnosti dnes**

Kimleová K.

### *I. Chirurgická klinika - Klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie, VFN v Praze*

Sarkomy jsou vzácné tumory a tvoří pouze 1 % nově diagnostikovaných malignit za rok. Jedná se o heterogenní skupinu mezenchymálních malignit zahrnující více než 70 subtypů.

Sekundární sarkomy se objevují u pacientů s anamnézou solidních karcinomů. Existují určité predisponující faktory zvyšující riziko onemocnění v populaci – environmentální a genetické. Jsou nimi např. použité cytotoxické látky, radiační léčba, chronický lymfédém, expozice infekčním noxám nebo chemikáliím. Vyšší predispozici k rozvoji mezenchymové malignity mají i některé genetické syndromy: hereditární retinoblastom, Li-Fraumeni syndrom, neurofibromatóza typu 1. Povědomí o rizikových faktorech může ovlivnit strategii léčby primárních karcinomů a minimalizovat riziko sekundární (často velmi agresivní) malignity; vést k rychlé diagnóze a k event rychlejšímu odhalení dědičných syndromů.

Jedním z environmentálních faktorů vzniku sekundárních sarkomů jsou viry. Jedná o herpesvirus 8 a EBV (EBV – asociované tumory hladkých svalových tkání) – často na rozdíl od leiomyosarkomů postihují centrální nervový systém.

Významně zvýšené riziko sekundárních sarkomů je u pacientů, kteří prodělali onkologické onemocnění v dětství.

Cyklosporiny, azathioprin, kortikosteroidy a rituximab mohou být spojeny se vznikem kožních sarkomů. Je známá zvýšená incidence sarkomů dělohy u pacientek léčených tamoxifenem pro karcinom prsu. Z cytostatik byla zaznamenána vyšší incidence kostních sarkomů u cyklofosfamidu (v závislosti na použité dávce) a antracyklinu u přeživších onkologického onemocnění v dětství.

Ionizující záření je nejsilnější environmentální faktor, který zvyšuje riziko vzniku sekundárního sarkomu. Postradiační sarkomy vychází z primárního ozářeného pole – většinou z povrchových vrstev hrudní stěny nebo končetiny jsou nejčastější, následované nitrohrudním nebo intraabdominálním/pánevním postižením. Nejčastější subtypy jsou: dediferovaný pleomorfní sarkom nebo angiosarkom. Vysoký grade nádoru a neklasifikovaný sarkom jsou spojeny s horšími výsledky.

V případě abdominopelvických malignit (malignity genitourinárního traktu a kolorektální karcinom) až 60 % pacientů podstoupí radioterapii. Studie kanadských autorů prokázala, že riziko rozvoje sekundárního sarkomu u abdominopelvických malignit je vyšší u pacientů, kteří byli léčeni radioterapií ve srovnání s pacienty léčenými pouze chirurgicky a celkovou populací. Nejsilnější asociace byla pozorována u pacientů s primárními nádory rekta, kteří byli léčeni radioterapií i chemoterapií. Incidence sarkomů se zvyšovala s delším intervalem od primární diagnózy karcinomu zřejmě při delším přežívání pacientů. Nejčastější subtypy byly leiomyosarkom, gastrointestinální stromální sarkom, liposarkom, karcinosarkom.

Až 70 % sekundárních sarkomů po radioterapii vzniká u žen a je to dáno širokou adaptací radioterapie v managementu karcinomu prsu. V léčbě karcinomu prsu byly v období 80 let do praxe zavedeny prs zachovné výkony doplněné radioterapií. Po tomto období začala stoupat incidence sekundárního angiosarkomu, který vzniká v místě ozářené tkáně a postihuje především kůži a podkoží. Samotná žláza nebývá nádorem postižena. Naopak lymfangiosarkom (Stewart – Treves syndrom) vycházející z tkání postižených chronickým lymfédémem (po ablaci prsu a exenteraci axily).

Angiosarkom prsu tvoří asi 2 % všech sarkomů měkkých tkání. Klinický obraz je relativně typický, tvoří ho nafialovělé nebo namodralé uzlíky na kůži. Připomíná benigní onemocnění, proto může být ignorován až se onemocnění rozšíří do pokročilejšího stádia. Důležitá je předoperační biopsie a následný mezioborový přístup. Chirurgické odstranění je pro léčbu stěžejní. Indikována je mastektomie – s odstraněním co největší porce kůže z oblasti která byla ozářena. Lymfadenektomie není indikována, pokud v rámci předoperačního stagingu nejsou lymfatické uzliny postižené.

Li Fraumeni syndrom (LFS) je autosomálně dominantní dědičná predispozice k různým karcinomům a sarkomům. Jedná se o germinální mutaci genu TP53, který kóduje tumor supresor p53. Riziko onemocnění sekundárním nádorem je největší u jedinců, kteří překonali nádorové onemocnění v dětství. Sarkomy jsou nejčastější maligní onemocnění pro nosiče mutace TP53 genu – osteosarkomy, nespecifikované sarkomy, leiomyosarkomy, liposarkomy (a anaplastický embryonální rabdomyosarkom u dětí).

Stran managementu karcinomu prsu u žen s LFS nejsou jasná doporučení a léčba se volí individuálně a je vázaná pacientovi na míru jak stran chemoterapie, tak stran adjuvantní radioterapie. Pacienti s TP53 mutací prokazují limitovanou odpověď na systémovou léčbu. Režimy založené na antracyklinech a taxanech snižují riziko rekurence u pacientek s časným karcinomem prsu o 30 %. Pacienti s germinální mutací TP 53 mají limitovanou odpověď na neoadjuvantní tak adjuvantní chemoterapii. Antracykliny indukují p-53 dependentní apoptózu, tj. jejich efekt u pacientů s LFS nemusí být optimální a může vést k rezistenci. Paclitaxel naopak podpoří efektivnější apoptózu a tím může být pro pacienty s TP53 mutací výhodnější volbou. Radioterapie je u běžné populace léčebnou metodou, která snižuje riziko lokální rekurence nemoci. Pacienti LFS mají ale zvýšené riziko vzniku radiačních sarkomů, leukémie a sekundární malignity u nich vznikají dříve. Proto je nutné pečlivě zvážit přínosy a rizika radioterapie u konkrétního pacienta.

V naší prezentaci se budeme zabývat zejména sekundárními sarkomy měkkých tkání, odprezentujeme je na konkrétních případech našich pacientů.

## **Sarkomy měkkých tkání – dosáhli jsme maxima současných možností? Jaký je další krok?**

*Ozaniak A., Strživová Z., Lischke R.*

*III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol a Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol, Praha*

Sarkomy měkkých tkání (STS) patří mezi extrémně vzácná zhoubná onemocnění s incidencí okolo 600 nových případů v ČR ročně. V současné době tato heterogenní skupina onemocnění zahrnuje již více než 80 různých histologických podtypů. Spektrum léčebných modalit zahrnuje rozličné přístupy, přičemž chirurgická léčba má stále dominantní roli. Problematika chirurgické léčby je vysoce náročná, přesný rozsah resekce není možné často určit dříve než po provedení laparotomie nebo thorakotomie. Chirurg se musí často v daný moment rozhodnout, které orgány je nutné resekovat nebo naopak zachovat. Je zcela zásadní, aby toto rozhodování probíhalo v kontextu znalostí biologického chování jednotlivých histologických podtypů. Právě znalost všech těchto aspektů rozhoduje o charakteru finálního resekčního výkonu, jinými slovy, i dva rozsahem zcela totožné sarkomy mohou být spojené s odlišnou prognózou a jejich chirurgické řešení musí tuto skutečnost reflektovat. Dalším důležitým bodem je chemorezistence většiny sarkomů. Chemoterapie se ve většině případů uplatňuje jen jako paliativní léčba. Dle doporučení zůstává I. linie léčby všech sarkomů již několik let neměnná. Novým směrem je v poslední dekádě koncept takzvané histology-driven terapie, která nyní určuje charakter systémové léčby na podkladě histologie. Radioterapie u povrchových a končetinových sarkomů je standardní modalitou péče. Své zastoupení má však i v rámci paliace. Intraambominální nebo retroperitoneální užití je problematické, avšak výsledky recentní studie STRASS přinášejí vzhled do této problematiky.

Jak je již zřejmé, pro zvýšení efektivity léčby sarkomů, zejména u pacientů s generalizovaným onemocněním, je nutné zařadit do terapeutických algoritmů nové modality léčby. Chemoterapie a radioterapie přinášejí pouze limitované možnosti k dosažení celkové remise onemocnění. Základním předpokladem pro aplikaci nových terapií je ovšem pochopení nádorového mikroprostředí a objasnění molekulárních pochodů na úrovni buňky. V oblasti měkkotkáňových sarkomů je stále potřebné zavádět do rutinní praxe nové léčebné metody, které mají šanci zvrátit negativní prognózu těchto onemocnění. Jednou z možných perspektivních terapií může být imunoterapie.

Z vlastní prospektivní studie můžeme již nyní předvídat, u kterých histologických podtypů by imunoterapie mohla přinést klinický benefit a stát se součástí komplexní péče pacientů s měkkotkáňovým sarkomem.

## **Roboticky asistovaná chirurgická léčba presakrálního novotvaru**

*Langer D., Kalvach J., Ryska M., Pohnán R.*

*Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha*

Výskyt nádorů v presakrálním prostoru je relativně vzácný. Incidence je podle různých pramenů 1/40 000 hospitalizovaných pacientů. Klasifikace těchto lézí je založena na jejich biologickém chování (benigní nebo maligní) a původu (kongenitální a získané). Jedná se o širokou škálu expanzivně se chovajících útvarů. Vzhledem k anatomické lokalizaci jsou malé nádory často asymptomatické, což činí diagnostiku velmi problematickou a může docházet ke značnému zpoždění ve stanovení správné diagnózy. Klinické projevy způsobené většími tumory pak souvisí s jejich expanzivním či infiltrativním chováním. Typická je bolest dolní bederní páteře, kostrče a rekta, vylučovací obtíže, bolest propagující se do břišní oblasti, třísel i dolních končetin, většinou bez typické dermatomové charakteristiky. Vzácněji se může rozvinout i neurologický deficit. Přibližně 10 % presakrálních nádorů představují novotvary neurogenní. Ve většině případů (85 %) se jedná o nádory benigní povahy, které mají souvislost s presakrálními nervovými pleteněmi a typicky se vtlačují do sakrálních foramin. Kausální terapeutickou modalitou symptomatických neurogenních nádorů v presakrálním prostoru je operační léčba. V písemnictví jsou zmínky o miniinvazivní chirurgické léčbě presakrálních nádorů chudé, resp. ve většině případů se jedná o kazuistická sdělení. Autoři prezentují kazuistiku roboticky asistované chirurgické léčby presakrálního tumoru u mladé ženy. Podpořeno IP ZRO MO 1012.

## **Dispenzarizace pacientů s nádory měkkých tkání**

*Podhráský M.*

*III. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol*

Nádory měkkých tkání představují relativně specifickou skupinu onkologických onemocnění, která se vyznačuje nutností speciálního přístupu k diagnostice, terapii a stejně tak i následné dispenzarizaci. Naše pracoviště se snaží terapii sarkomů a jim podobným afekcím věnovat a řídit se standardizovanými postupy ve všech krocích léčby těchto onemocnění. Od roku 2016 do konce roku 2020 jsme na našem pracovišti odoperovali nebo se podíleli na chirurgické léčbě zhruba 310 pacientů. Další řada pacientů byla řešena cestou naší specializované ambulance, ať už v rámci dispenzarizace po výkonu na jiném pracovišti či k vyjádření druhého názoru na léčbu. Součástí našeho sarkomového multidisciplinárního týmu je kromě chirurga také onkolog zabývající se terapií nádorů měkkých tkání, radiolog se zkušenostmi v diagnostice nádorů měkkých tkání (zejména MRI diagnostika), intervenční radiolog a patolog. Dostatečně široký tým je nezbytný hlavně v případech okrajových, kdy je pro některý s terapeutických kroků několik možností. Diagnostika a následná terapie bude jistě důkladně probírána v jiných sděleních, já bych se však rád věnoval poslední části terapie, tj. dispenzarizaci pacientů. Jedná se o nezbytnou součást léčby, která může být často opomíjená či považována za nedůležitou, nicméně stejně jako chirurgický výkon může výrazně ovlivnit osud pacienta. Dále je třeba upozornit, že samotná dispenzarizace se netýká pouze pacientů po chirurgickém zákroku. U některých nádorových postižení měkkých tkání lze postupovat i metodou watch and wait spočívající v intenzivním sledování pacientů, u kterých volíme konzervativní postup. Zde je nezbytná preciznost a svědomitost při organizování pravidelných zobrazovacích i fyzikálních vyšetření, stejně tak i kvalitní zhodnocení výsledků těchto vyšetření. Zejména to platí u pacientů se zhoršenou compliance. Samotná dispenzarizace náleží spíše do rukou onkologa, nicméně u našich pacientů vždy vychází návrh na způsob dispenzarizace ze závěru našeho multidisciplinárního týmu. Schéma dispenzarizace vychází vždy z typu nádoru, jeho lokalizace a rozsahu chirurgického výkonu.

Některé typy nádorů mají specifické chování odlišné od většiny zbylých sarkomů. Ve svém sdělení se budu věnovat způsobu dispenzarizace, vyšetřovacím metodám indikovaným u jednotlivých druhů nádorů dle jejich histologické klasifikace a lokalizace a dále budou zmíněny i nádory měkkých tkání se specifickým chováním jako je například dermatofibrosarcoma protuberans, desmoid (agresivní fibromatóza) či karcinom z Merkelových buněk. Poslední zmíněné onemocnění sice patří spíše mezi kožní malignity, nicméně vzhledem k jeho biologickému chování má své místo v problematice nádorů měkkých tkání. Dále bude zmíněna prognóza jednotlivých onemocnění a dlouhodobé zkušenosti našeho pracoviště. Cílem sdělení je poukázat na důležitost včasné diagnostiky recidivy či generalizace onemocnění. Chirurgické řešení recidivy v časném stádiu či oligometastatického postižení může mít pro prognózu pacienta zásadní přínos.

## Poranění jater

*Třeška V., Skalický T., Liška V., Vyčítal O., Mach Ch.*

*Chirurgická Klinika LFUK a FN v Plzni*

Úvod: Poranění jater patří k nejčastějším poraněním orgánů dutiny břišní a tvoří zhruba 5% všech hospitalizací pro trauma břicha. Většinu poranění jater tvoří kontuze jaterního parenchymu, ruptury či lacerace jater pak jsou velmi závažnými, život ohrožujícími poraněními. Díky pokroku v přednemocniční, diagnostické a intenzivní péči, zdokonaleným chirurgickým technikám klesla mortalita u traumatického poškození jater z 65% pod 10% během 40 let. Způsob léčby je konzervativní a operační. Chirurgické řešení je indikováno při oběhové nestabilitě zraněného nebo při komplikacích konzervativní léčby.

Cíl: Cílem sdělení je zhodnocení příčin poranění jater, typu léčby a jejich výsledků u nemocných přijatých k hospitalizaci pro poranění jater v traumacentru FN Plzeň v letech 2002 - 2020.

Metodika: V retrospektivní studii jsme hodnotili 522 pacientů s poraněním jater. Ženy tvořily 49%, muži pak 51%, děti do 15 let věku 18,9% poranění. Tupá poranění tvořila 96%, penetrující 6% poranění jater. Nejčastější příčinou poranění jater byla polytraumata. Dle AAST klasifikace byly nejčastěji zastoupeny stupně I-III (28, 35 a 20%). Konzervativní způsob léčby byl zvolen v 67,4% případů.

Výsledky: 30 denní pooperační morbidita byla 27,4% (Clavien-Dindo klasifikace >III), 30 denní pooperační mortalita pak 7,7% (kraniotrauma, krvácení u polytraumatu, oboustranná pneumonie).

Závěr: Počet zraněných s poraněním jater narůstá. Tento typ poranění má být směřován primárně do traumacenter s komplexním 24 hod servisem pro zraněného. V současnosti léčebným trendem u oběhově stabilního nemocného je konzervativní postup.

## Hemobilie-chirurgická léčba?

*Skalický T.*

*Chirurgická klinika LFUK a FN v Plzni*

Úvod: Hemobilie je vzácná NPB- krvácení do GIT různé intenzity a různých příčin. Vzhledem k malému počtu výskytu tohoto onemocnění autor popisuje 3 kazuistické případy z poledních 5ti let

Prezentace kazuistik: Na podkladě 3 kazuistik z našeho pracoviště je dokumentována složitost diagnostiky a řešení hemobilie, kdy chirurgická léčba většinou není na prvním místě.

Závěr: Je potřeba zdůraznit, že přístup k řešení hemobilie musí být multioborové a i přes intenzivní léčbu může být fatální.

## Perforované mezenterální divertikly tenkého střeva

Skála M., Liška V., Třeška V.

Chirurgická klinika LF UK a FN Plzeň

Úvod: Divertikulóza tenkého střeva je raritní onemocnění, jehož incidence vzrůstá s věkem pacienta. Divertikly tenkého střeva jsou většinou asymptomatické. První manifestace onemocnění však často nastává až ve chvíli komplikace, kterou bývá zánět, absces, perforace nebo krvácení z divertiklu.

Metodika: Na naší klinice bylo mezi 1.1.2011 a 17.9.2021 operováno 6 pacientů s perforací mezenterálního divertiklu tenkého střeva. Sledovali jsme délku hospitalizace, věk pacienta, klinický nálezn na břiše, leukocytózu, hladinu CRP, nálezn na nativním RTG snímku břicha a na CT břicha s kontrastní látkou. Dále jsme stanovovali mortalitu v souvislosti s onemocněním.

Výsledky: Průměrný věk pacienta byl 85,2 roku. Tři pacienti udávali difúzní bolesti břicha a 3 bolesti lokalizovali do podbřišků. Všechny 6 pacientů mělo při příjmu známky peritoneálního dráždění. Febrilie byly změřeny u 3 pacientů. Průměrná leukocytóza byla  $12,6 \cdot 10^9 / l$  a průměrná hladina CRP byla 153 mg/l. RTG snímek u žádného pacienta neprokázal pneumoperitoneum. CT vyšetření naopak ve všech případech svědčilo pro perforaci trávicího traktu. Všichni pacienti byli indikováni k laparotomii a k resekci postižené tenké kličky. Délka hospitalizace průměrně dosahovala 17 dní. V pooperačním období došlo k úmrtí pacienta ve 3 případech.

Závěr: Ve všech případech CT vyšetření již předoperačně svědčilo pro perforaci v oblasti tenkých kliček. Naproti tomu nativní RTG snímek břicha byl spíše zavádějící se svým normálním nálezem. Hlavní důvod k indikaci operace byla – i přes provedené komplementární metody – přítomnost známek peritoneálního dráždění. Drtivá většina pacientů byla v 8. dekádě svého života. Z toho plynuly i komorbidity, které ve 3 případech v kombinaci s operačním traumatem vedly k úmrtí pacienta.

Podpora: Studie byla podpořena grantem SVV-2020-2022 No 260539 a programem rozvoje vědních oborů Karlovy univerzity (Projekt Q39) a MZ ČR RVO (Fakultní nemocnice Plzeň – FNPI 00669806).

## Transhepatální perforace žlučníku s masivním intraperitoneálním krvácením jako vzácná komplikace akutní cholecystitidy

Mach Ch., Moláček J., Skalický T., Kožels V.

Chirurgická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň

Úvod: Perforace žlučníku do jaterního parenchymu s masivním krvácením do dutiny břišní je velmi vzácná, avšak život ohrožující komplikace akutní cholecystitidy. Klinický obraz se zpočátku nemusí výrazně lišit od běžného průběhu akutní cholecystitidy, později však dochází k výraznému zhoršení související s hemoragickým šokem. Zásadní roli při časně a přesné diagnostice hraje monitorace klinického stavu pacienta a rovněž zobrazovací metody.

Kazuistika: V kazuistice prezentujeme případ 55 letého pacienta, který byl přijat na naše pracoviště s klinickým nálezem akutní cholecystitidy. Během třetího dne hospitalizace došlo k výraznému zhoršení klinického stavu s oběhovou nestabilitou nemocného. Provedené vyšetření počítačovou tomografií (CT) odhalilo masivní hemoperitoneum s objemným hematodem zasahujícím do jaterního parenchymu a k lůžku žlučníku. Na základě tohoto nálezu byl pacient indikován k urgentní laparotomii. Peroperační nález potvrdil intrahepatální perforaci žlučníku s provalením konkrementu do jaterního parenchymu a druhotnou perforaci jaterního pouzdra s masivním krvácením do dutiny břišní. Provedli jsme klasickou cholecystektomií zánětem změněného žlučníku a po zástavě všech zdrojů krvácení byla laparotomie uzavřena s vícečetnou drenáží. Nemocný byl předán k monitoraci na jednotku intenzivní péče. Nadále byl průběh hospitalizace zcela bez komplikací. Po normalizaci laboratorních parametrů a obnovení perorálního příjmu byl pacient propuštěn sedmý pooperační den do domácí péče. Výsledek histopatologického vyšetření byl v korelaci s operačním nálezem a svědčil pro chronickou akutně exacerbovanou fibroproduktivní cholecystitidu s atrofii sliznice a prokrvácením stěny žlučníku.

S odstupem dvou týdnů od operačního výkonu byl nemocný bez potíží, v celkově dobrém stavu. Autoři v této kazuistice prezentují neobvyklou komplikaci akutní cholecystitidy, její diagnostiku a chirurgické řešení.

Závěr: Masivní intraperitoneální krvácení spojené s transhepatální perforací žlučníku je velmi vzácné a ve spojitosti s akutní cholecystitidou se vyskytuje jen v jednotkách procent. Zásadní je zhodnocení nejen klinického a laboratorního nálezu, ale především doplnění vhodného zobrazovacího vyšetření. Načasování vyšetření je klíčové pro správnou předoperační diagnostiku a pro snížení rizik urgentního chirurgického řešení.

## SEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍCH

### Covid a psyché

*Honzák R.*

Pandemie, která zasáhla doslova celý svět sebou přinesla zásadní změnu sociálních poměrů. Mluvíme-li o negativních vlivech, které se podepsaly na chodu společnosti, můžeme jmenovat na prvním místě strach a k němu obranné mechanismy, ne vždy užitečné. Další neméně významnou noxou je sociální izolace. V této situaci snadno dochází k narušení stereotypů a rituálů, a co horšího, narušení cirkadiánních rytmů. V neprodyšně uzavřených prostorách vzniká snadno mezi lidmi fenomen ponorky. Vše je zhoršováváno zcela pomatenými vládními příkazy, doplňovanými dezinformacemi šířenými po internetu (nově vzniklý termín „infodermie“), ale také ústně (dovoďte mi vzpomínku na Protektorát, kdy se takto šířeným zprávám říkalo JPP = jedna paní povídala).

Zvládání, resp. nezvládání této zátěže přineslo za devět měsíců přírůstek psychiatrické morbidity. Depresí přibýlo o 50 %, úzkostných poruch podobně. Přestože jsou zavřené hospody, zvýšilo se i procento poruch vyvolaných alkoholem, přibýlo domácího násilí a několikanásobně se zvýšil incidence úvah o sebevraždě. Není zatím k dispozici ucelený pohled na maligní důsledky nedostupnosti standardní a specializované péče.

Sdružené výsledky prvních větších studií lze shrnout do informace, že psychicky labilní osoby a pacienti trpící psychickými poruchami snadněji onemocní covidem-19 a na druhé straně, že po prodělaném onemocnění je větší náchylnost k psychickým poruchám. Stejně jako není reálná možnost odhadnout průběh a prognózu u konkrétního pacienta s covidem, nejsou ani chorobné psychické stavy vyskytující se po prodělaném onemocnění uniformní, ani co do klinického obrazu, ani co do chronicity-

Doporučuji proto v případech takových obtíží, chovat se jako při řešení bolesti, tedy uznat, že to, co pacient sděluje, skutečně prožívá, včetně jeho pocitů, zda mu léčení pomáhá, nebo nepomáhá. Preventivní postupy spočívají v zachování biorytmů, dostatečném spánku a pohybu, dostatku slunečního záření, zdravém složení stravy, aktivním udržování sociálních kontaktů, omezením nadbytečných informací a tvůrčí psychické činnosti.

### Plánování pomoci a služeb pacientům v závěru života

*Makarová A.*

*VFN v Praze*

Ne všichni pacienti na konci života potřebují využívat paliativní péči ve stejné formě a intenzitě. Na základě identifikace potřeb a přání nemocného a rodiny je nutné dosáhnout shody v otázce místa, kde má probíhat péče. Přání a preference pacienta je třeba respektovat. Pokud si nemocný přeje, aby péče probíhala v domácím prostředí nebo lůžkovém zařízení je třeba toto zohlednit. Základem správné volby vhodného typu péče pro konkrétního člověka je dobrý přehled o tom, jaké formy služeb nabízejí a jaká je realita. Jak k naplnění představ rodiny a nemocného přispívají jednotlivé zdravotně sociální služby, a jak tyto služby rozvrhnout a nastavit. Mnohdy se stává, že nabízené služby nejsou dostupné, či jsou nedostatečné.

Klíčová slova: paliativní péče, zdravotně sociální služby, dostupnost/nedostupnost zdravotně sociálních služeb, interdisciplinární přístup

## Pražské onkologické dny

### 10 let Informačního centra pro stomiky

Ředinová M., Kovaříková Š.

České ILCO, z.s., Praha

Před více než deseti lety vyvstala potřeba místa, kam by si stomici, tj. lidé s umělým vývodem ze střev nebo močových cest, mohli přijít pro radu, pomoc a podporu. V České republice je přes 14000 pacientů se stomií. Jsou to pacienti všech věkových skupin – od dětí po seniory. Založení Infocentra iniciovala Ing. Marie Ředinová, tehdejší předsedkyně Českého ILCO. Pacientská organizace České ILCO, z. s., pomáhá stomikům od roku 1992 řešit problémy zdravotní, sociální a psychické, spojené s návratem stomika do normálního života, mnohdy i do práce. Zároveň ILCO zastřešuje regionální spolky stomiků, zastupuje zájmy stomiků v mezinárodních organizacích, spolupracuje se zákonodárci na tvorbě legislativy, jedná se státními orgány, pojišťovnami, zdravotníky, výrobci a distributory stomických pomůcek a dalšími organizacemi. Zejména se spolky Pacienti IBD a Společnost s bezlepkovou dietou. Pracuje na projektech Stomie není TABU, Pomáháme stomikům, Básnické střevo, Plaveme, Dobrovolníci v nemocnicích a další.

Infocentrum pro stomiky a jejich blízké sídlí v Praze 2 na adrese Polská 1664/15. Stomikům a jejich blízkým Infocentrum nabízí přednášky a besedy na aktuální témata, např. jak získat ztracené sebevědomí, ošetřování stomie, plavání stomiků, výživa, diety, cvičení Zdraví v pohybu. Dále centrum organizuje různé workshopy, mimo jiné malování na stomické sáčky v rámci projektu PytlíkART, Mimo to zde probíhají přednášky pro studenty středních zdravotních škol a v neposlední řadě edukační besedy se zdravotními sestrami o životě s vývodem, a mnoho dalšího.

Za dobu existence Infocentra jej navštívilo více než 1000 stomiků nebo jejich blízkých. Bylo edukováno téměř 330 zdravotních sester a 180 studentů zdravotních škol.

Každý rok vyřídíme 1800- 2500 mailových a telefonních dotazů.

Provoz Infocentra by nebyl možný bez dobrovolnické podpory členů FIT-ILCO Praha, z.s. Jeho členky provoz pravidelně personálně zajišťují. Dalšími důležitými partnery, bez nichž by Infocentrum nemohlo fungovat, jsou Magistrát hlavního města Praha, Městská část Praha 2 a Vládní výbor ČR, kteří na provoz dlouhodobě finančně přispívají.

Desítka je v letošním roce pro stomiky magické číslo. Kromě 10. narozenin Infocentra v Praze slaví letos lidé s vývodem na celém světě i 10. Světový den stomiků (WOD - World Ostomy Day). Ten se slaví každé 3 roky vždy první říjnovou sobotu. Letošním heslem tohoto dne je „Máme svá práva“ a upozorňuje na práva stomiků a jejich dodržování. Práva lidí s vývodem jsou mezinárodně sjednocena v Chartě práv stomiků již od roku 1992. V rámci oslav spustí České ILCO na podzim kampaň ke zjištění dodržování práv stomiků v České republice. Jedním z těchto práv je i právo na adekvátní informace. A to je i jeden z nejdůležitějších úkolů Informačního centra pro stomiky a jejich blízké v Praze.

Další informace na [www.ILCO.cz](http://www.ILCO.cz)



## POSTERY

**Spontánní mediastinum - Hammanův syndrom***Awies M., Soukup P., Sekot J., Denmark L.**Oblastní nemocnice Kolín, a.s., Kolín*

Úvod: Spontánní pneumomediastinum (Hammanův syndrom) je vzácné onemocnění s uváděnou incidencí 1:35000 - 1:45000, avšak přesná incidence není známa. Je charakterizováno přítomností podkožního emfyzému hrudníku a volného plynu v mediastinu bez jasné příčiny. Jedná se o akutní stav, který je však benigní a obtíže rychle ustupují. V této práci prezentujeme první případ pacienta s Hammanovým syndromem v Oblastní nemocnici Kolín. Příčiny Hammanova syndromu nejsou úplně objasněny. Patofyziologickým podkladem je Macklinův efekt, což je ruptura alveolů způsobená zvýšením nitrohruďního tlaku, následovaná proniknutím vzduchu podél bronchů a cév do mediastina, podkoží a dalších prostorů. Predispozicí ke vzniku tohoto onemocnění jsou obecně onemocnění plic (asthma, intersticiální plicní procesy, COVID 19 apod.), užívání inhalátorů, kortikoidů či chronické vdechování dráždivých látek. Přímo vyvolávajícími faktory potom jsou např. zvracení, kašel, exacerbace asthma, defekace, fyzická zátěž, porod a infekce horních cest dýchacích. Mezi vzácné spouštěče patří spirometrie, foukání proti odporu (např. při nafukování balónku) či paroxysmus křečí. Klinicky se spontánní pneumomediastinum projevuje zejména bolestmi za hrudní kostí, dušností a podkožním emfyzémem, mezi méně specifické příznaky patří kašel, teplota, dysfonie, odynofagie a dysfagie. Vzhledem k podobě s jinými onemocněními a vzácností této afekce je diagnostika obtížná. Typickým příznakem je Hammanovo znamení (přítomno cca u 10-20 % případů), které je charakterizované praskavým zvukem vyskytujícím se v systole při levé hraně sternu, zvuk může být slyšitelný samotnými pacienty a je popisován jako tření nafukovacích balónků. Z hlediska užití zobrazovacích metod je nejvhodnější provedení nativního snímku plic ve dvou rovinách, případně doplnění CT vyšetření hrudníku, které prokáže volný plyn v mediastinu a ev. dutině břišní. Vždy je nutné zvážit anamnézu pacienta a vyloučit jiné etiologie pneumomediastina, například úrazy nebo iatrogenní příčiny. Komplikace Hammanova syndromu jsou vzácné, u kardiálně kompromitovaných pacientů či při rozsáhlém pneumomediastinu může dojít k útlaku velkých žil a ke snížení žilního návratu do srdce, což může mít za následek hemodynamickou nestabilitu.

Kazuistika: V srpnu 2021 se dostavil na chirurgickou ambulanci pacient s akutně vzniklými bolestmi břicha v nadbříšku a oblasti hrudníku. Anamnesticky je pacient sledován v ambulanci cévní chirurgie pro aneuryzma abdominální aorty (AAA). Při fyzikálním vyšetření bylo přítomno vzduchové břicho citlivé na pohmat a podkožní emfyzém v oblasti krku. Pacient byl přijat na jednotku intenzivní péče. Na provedeném CT hrudníku a břicha byly nalezeny pneumoperitoneum a pneumomediastinum. Ruptura AAA či disekce hrudní aorty byly vyloučeny. Dále bylo provedeno interní vyšetření, které vyloučilo kardiální etiologii obtíží. Pacient byl indikován k explorativní laparotomii, nález v dutině břišní byl fyziologický, bez známek orgánové perforace, která by vysvětlovala přítomnost vzduchu v dutině břišní a mediastinu. Provedená esofagogastroduodenoskopie byla bez patologického nálezu. S ohledem na perioperační a gastrokopický nález byl případ uzavřen jako spontánní pneumomediastinum a pneumoperitoneum. Během hospitalizace došlo, za pravidelných skiagrafičeských kontrol, k úplnému vstřebání volného plynu z dutin a k ústupu emfyzému. Po dvanácti dnech hospitalizace byl pacient realimentován, rehabilitován a propuštěn. Vzhledem k nálezu je naplánováno kontrolní CT vyšetření. Závěr: Spontánní pneumomediastinum je onemocnění s benigním průběhem a stav se obvykle samovolně upravuje ad integrum, v našem případě byl tento stav ještě komplikován pneumoperitoneem. Léčba zahrnuje observaci na monitorovaném lůžku, klidový režim a oxygenoterapii. Antibiotická terapie by měla být podána jako profylaxe mediastinitidy. Ačkoli se jedná o vzácné onemocnění, je třeba na něj myslet v rámci diferenciální diagnostiky bolestí břicha a na hrudi doprovázených pneumomediastinem a pneumoperitoneem.

## Objemný trichobezoár – kazuistika

Procházková K., Houdek K., Vodička J., Třeška V.

Chirurgická klinika FN Plzeň a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Úvod: Trichotillománie je psychické onemocnění, kdy jedinec cítí nutkání vytrhávat si vlasy, obočí, řasy nebo jiné ochlupení. Pokud má jedinec tendenci vytrhnuté vlasy žvýkat a polykat, nazýváme tento stav trichotillofagií. Operační řešení objemného odlitkového trichobezoáru je zcela raritní. Následná výživa těchto nemocných má svá úskalí a přísná specifika.

Vlastní kazuistika: 32letá matka 2 dětí, trpící trichotillománií a trichotillofagií, již 6/2005 po gastrotomii a enterotomii s odstraněním trichobezoáru. 4/2021 přijata na CHK FN Plzeň pro 5 dní trvající difúzní bolesti břicha, zvracení a vertigo. Klinicky v levém hypochondriu a epigastriu hmatná objemná rezistence. Nemocná kachektická s BMI 15,7 (51kg, 180cm). Nemocná provedena akutně střední laparotomie, gastrotomie, extrakce objemného odlitkového trichobezoáru. Objemný odlitek vlasů vyplňující celý žaludek, duodenum a část tenkého střeva vážil celkem 2 kg. V časném pooperačním období dochází k rozvoji závratí rotačního charakteru, diplopii, vertikálního nystagmu III. st. při v.s. centrálním vestibulárním syndromu na podkladě Wernickeho encefalopatie. Laboratorně patrné známky refeeding syndromu. Nemocná vedle parenterální nutrice důsledně substituována thiaminem, dále korigována hypoalbuminémií, hypofosfatémií, hypokalcémií. Za hospitalizace dále nutná intenzivní psychiatrická a psychologická péče. Dimitována 28. den v celkově velmi dobrém stavu. Nemocná je nadále v ambulanci péči psychiatra a psychologa. Pravidelně dochází do nutriční poradny – poslední BMI 21,1 (6/2021).

Závěr: Terapie nemocných s objemným trichobezoárem je raritní. Důsledně odebrání anamnézy nám může usnadnit diagnózu. Je důležité nezapomínat na specifika následné výživy těchto pacientů, zejména na substituci thiaminu, albuminu a minerálů. Podpořeno grantem SVV-2020-2022 č. 260539 a výzkumným grantem Univerzity Karlovy (Progres Q39).

## Replantace palce po totální amputaci

Menšíková A.<sup>1,2,3</sup>, Kůřil P.<sup>1,2</sup>, Bůřilová P.<sup>1,2</sup>, Saibertová S.<sup>1</sup>, Stiborová Š.<sup>3,4</sup>, Pokorná A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ústav zdravotnických věd, Masarykova univerzita, LF, Brno, ČR <sup>2</sup>Ústav veřejného zdraví, Masarykova univerzita, LF, Brno, ČR <sup>3</sup>Body klinika plastické chirurgie, Brno, ČR <sup>4</sup>Klinika plastické a estetické chirurgie, FNUSA, Brno, ČR

Úvod: Replantace u totálních amputací akrálních částí těla je možná pouze tehdy, je-li amputát po úrazu vhodně ošetřen a správně uchován – zabalen do vlhké gázy s fyziologickým roztokem, uložen do nepropustného obalu (př. chirurgická rukavice) a vložen do ledové tříště, přičemž teplota chladicího média nesmí být pod bodem mrazu. Doba studené ischemie je v případě prstů až 24 hodin.

Metoda výzkumu: Kazuistika (případová studie) u pacienta s totální amputací palce levé ruky s avulzí šlachy dlouhého flexoru palce. Operační výkon (replantace) v délce 150 minut byl proveden na Klinice plastické a estetické chirurgie (KPECH) ve Fakultní nemocnici U svaté Anny v Brně. Délka hospitalizace 10 dní, doba hojení 6 týdnů. Anamnéza: muž, 38 let, normostenický, zdrav, bez dispenzarizace, fumátor (15 cigaret denně), pravák. Mechanismus úrazu: při práci s vrtačkou došlo k zachycení ochranné rukavice a vytržení části palce včetně flexorové šlachy. Posádka RZP převezla pacienta a amputát na sektorovou chirurgickou ambulanci (chirurgické oddělení, nemocnice Dačice), sloužící lékař ošetřil amputát dle telefonických instrukcí a pokynů cílového pracoviště, kam byl pacient transportován k replantaci (KPECH, FNUSA Brno).

Průběh péče a výsledky: Ke krytí ztrátového kožního defektu byl 0. – 6. pooperační den použit COM, následně byla granulovaná plocha defektu překryta dermoepidermálním štěpem, došlo k přiložení per primam. V pooperačním období profylaxe tetanu, antikoagulační terapie Heparin první 3 dny kontinuálně i.v., pak týden LMHW, Trental 400 mg p.o.: 1 – 0 - 1, Augmentin 1 g p.o.: 1 – 0 – 1 a Gentamicin 1mg/1 ml infuzní roztok

1x denně, analgetická léčba. Po propuštění do domácí péče ponechána antiagregační terapie Godasal 100 mg p.o.: 0–1–0.

Závěr: Kazuistika prezentuje způsob replantace po totální amputaci palce způsobené úrazem. Replantace prstů mají relativní a absolutní indikace. Palec je nezbytný pro úchop vzhledem k jeho postavení vůči ostatním tříčlankovým prstům, v tomto případě se jednalo o indikaci absolutní. Replantace byla možná díky dobře ošetřenému amputátu, operace zahájena cca

8 hodin od úrazu. Hybnost palce zůstala zachována v metakarpofalangeálním (MTCP) kloubu, senzitivní inervaci se podařilo obnovit částečně.

Tato práce vznikl/a na Masarykově univerzitě v rámci projektu „Komplexní přístup k poruchám integrity kůže a sliznic.“ číslo MUNI/A/1559/2020 podpořeného z prostředků účelové podpory na specifický vysokoškolský výzkum, kterou poskytlo MŠMT v roce 2020.



# Advanced Surgery

## Advancing the Art of Healing

BAXTER CZECH spol. s r. o.  
Karla Engliše 3201/6, 150 00 Praha 5  
Czech Republic, tel.: +420 225 774 111

**Baxter**  
Advanced Surgery



Spojte se s námi  
a budete vědět o všem,  
co pro Vás chystáme 😊

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

# ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

# SOLUTIONS & SERVICES

by  VEOLIA

