Správa z XI.konferencie sekcie gynekologickej urológie, Nové Zámky, 28.6.2013

V úvodnej prezentácii doc.Feyereisl z ÚPMD Praha referoval o súvislosti pôrodu a vzniku poruchy panvového dna. V ÚPMD Praha, kde je ročne približne 5300 pôrodov, z toho cca 2000 cisárskych rezov, prebiehajú štúdie vplyvu pôrodu na štruktúry panvového dna (poruchy arcus tendineus a avulzie levátorov). V minulosti často používaná téza, že vysoký počet cisárskych rezov znamená nekvalitnú prácu pôrodníka, je už prekonaná. Ďalej doc.Feyereisl referoval o situácii v U.S.A, kde sú syntetické materiály (sieťky) v riešení vrátane forénznych dôsledkov, ich používanie síce nie je zakázané, ale doteraz prakticky najväčší výrobca zastavil ich výrobu. Prebieha diskusia medzi FDA a AUGS o používaní implantátov, ktoré boli zaradené do Class III a realizujú sa ďalšie štúdie. V U.S.A. na rozdiel od EÚ mali veľmi voľné kritériá na indikácie prakticky bez tréningových centier. Treba mať na zreteli, že výsledok operácie ovplyvňujú biofyzikálne vlastnosti materiálu, správna indikácia a skúsenosť operatéra. Na záver prezentácie autor skonštatoval, že predný kompartment je pre použitie syntetických materiálov nespochybniteľný pri dôslednej indikácii a dobrej príprave, je potrebné sa vyvarovať chýb, ktoré sa stali v U.S.A a rozvíjať tréningové centrá. V diskusii sa primár Galád opýtal, ako závery FDA ovplyvnili indikácie, doc.Feyereisl odpovedal, že nastal ústup od veľkorysých indikácií, ale neznamená to odvrhnutie metódy. V nasledujúcej prezentácii MUDr.Matuška z Nových Zámkov exaktne popísal a rozdelil paravaginálny defekt, v diagnostike sa využíva klinické vyšetrenie (pokles sulcus vaginalis anterior pri námahových manévroch), ultrazvuk (abdominálny alebo introitálny prístup), na kvantifikáciu paravaginálneho defektu sa využíva aj MRI. Paravaginálny defekt sa rozdeľuje na unilaterálny, bilaterálny a kombinovaný (trakčná a pulzná cystokéla). MUDr.Matuška popísal súbor 57 pacientok, ktoré boli operované v rokoch 2007-2011 pre laterálny defekt predného fasciálneho segmentu, pacientky boli operované retropubicky (operácia podľa Richardsona-Shulla), princípom je jemná disekcia a použitie správne naložených neresorbovateľných stehov. Dotazníkovou metódou bolo zistené zlepšenie kvality života u 87% operovaných pacientok. MUDr.Zmrhal z Prahy vo svojej prednáške popísal embryologický vývoj uretry, jej anatomickú a histologickú štruktúru, pripomenul Edwardsovu formulu vzťahu medzi vekom pacientky a uzáverovým tlakom. Pomer tlakového prenosu je pri genuínnej stresovej inkontinencii patologický, zvyšuje sa distálne, maximálny je v distálnej tretine uretry. Docent Krofta z ÚPMD Praha referoval o spolupráci s katedrou biomechaniky, keď vytvorili priestorový model malej panvy a v spolupráci s automobilových priemyslom sa pracuje na vytvorení sieťových modelov. Okrem toho bude vytvorený model hlavičky plodu, nakoľko doteraz používaný model gule neodráža skutočné parametre hlavičky pri pôrode. Účastníci konferencie mali možnosť vidiel excelentné 3D zobrazenie štruktúr panvy. MUDr.Dlouhá z ÚPMD Praha popísala longitudinálnu štúdiu sledovania vplyvu pôrodu na štruktúry a funkciu panvového dna, sledovaných je 1226 pacientok, ktoré sú vyšetrované počas tehotnosti a po pôrode. Zatiaľ nebol zistený súvis medzi vekom matky a zhoršením POP-Q, aj keď štúdia stále prebieha a ďalšie závery budú prezentované. MUDr.Huser z Brna vo svojej prednáške hovoril o možnostiach pôrodu u pacientok po zavedení suburetrálnej pásky, predstavil kazuistiku pacientky, ktorá po zavedení pásky otehotnela a následne spontánne porodila, pričom je stále kontinentná. Stav po aplikácii suburetrálnej pásky podľa autora nie je indikáciou k cisárskemu rezu. Spontánny pôrod po aplikácii suburetrálnej pásky si vyžaduje informovaný súhlas. V diskusii doc.Feyereisl nabáda k opatrnosti robiť závery na základe jednej kazuistiky. Na otázku, či by bol vykonaný pacientke so subutretrálnou páskou cisársky rez, ak by si ho sama žiadala, autor odpovedal kladne. MUDr.Krčmář z ÚPMD Praha popísal defekt svalovej a fasciálnej komponenty u symptomatických primipár vo fertilnom veku, v observačnej štúdii sledovali incidenciu poranenia levátoru a fasciálneho defektu. MUDr.Spodniaková z Bratislavy exaktne popísala možnosti diagnostiky defektu musculus levator ani pomocou 4D ultrazvuku. Paravaginálny defekt diagnostikovaný pomocou ultrazvuku nemusí vždy zodpovedať klinickému nálezu. Pri vyšetrení pomocou 4D UZV sa využíva multifrekvenčná sonda 4-8 MHz v introitálnej polohe, základná rovina je midsagitálna, následne aj koronárna a axiálna, pacientka je v gynekologickej polohe s prázdnym močovým mechúrom. Štúdia preukázala, že pacientky po vaginálnom pôrode majú štatisticky väčšie rozmery urogenitálneho hiátu v porovnaní s pacientkami po cisárskom reze. Docent Záťura z Olomouca porovnal možnosti ambulantnej urodynamiky a telemetrie. Medzi výhody telemetrie patria prirodzené podmienky, normálne plnenie, pocit súkromia, meranie pri štandardnom dennom rytme. Ako indikácie telemetrie autor uviedol diagnostiku inkontinencie, diferenciálnu diagnostiku over active bladder od genuínnej stresovej inkontinencie. Medzi nevýhody patrí nutnosť zácviku pacientky, riziko nesprávneho použitia, nutnosť epicystostomie alebo časovo dlhšej katetrizácie, pričom dlhý záznam je náročný na vyhodnotenie. V súčasnosti sa táto metóda začína využívať najmä v Anglicku, zatiaľ sa nevyužíva štandardne. V ďalšej prezentácii doc.Záťura popísal možnosti a princípy videourodynamiky s využitím RTG, resp. ultrazvuku. Videourodynamika je kombinácia urodynamického vyšetrenia a zobrazovacej metódy (RTG alebo UZV). Nevýhody RTG videourodynamiky sú ožiarenie pacientky, vysoká cena, nutnosť použitia kontrastnej látky, limitované informácie o panvovom dne. Výhodnejšie sa preto javí využitie ultrazvuku, používa sa perineálne umiestnenie sondy pri náplni močového mechúra 200 a 300 ml. Je nevyhnutné pacientku naučiť správne vykonať Valsalvov manéver, nakoľko až 67% pacientok ho na prvý pokus neurobí správne. Pri vyšetrení leak point pressure autor úspešne využíva videokameru prepojenú s urodynamikou, keď uroflowmetriu alebo vizuálnu kontrolu považuje za nepresnú. MUDr.Galád zo Sliaču vo svojej prednáške porovnal úspešnosť operácií pri použití dvoch druhov syntetických materiálov: prolift anterior versus NUVIA SI anterior pri korekcii kombinovaného defektu v prednom a strednom kompartmente. V úvode prezentácie autor popísal prehľad možností operačnej liečby jednotlivých druhov cystokély a prolapsu pošvového pahýľa. V období rokov 2008-2013 realizoval 324 operácií pomocou systému mesh. Vo svojom súbore sledoval 30 pacientok, jednalo sa o kombinovaný defekt u pacientok po hysterektómii, úspešnosť operácií bola 93 % pri 1 ročnom follow up bez rozdielu medzi metódami. Benefit fixácie sakrospinózneho ligamenta spočíva v znížení recidívy v neoperovanom segmente. V diskusii sa doc.Krofta pýtal na dĺžku operácií a ich bezpečnosť, MUDr.Galád odpovedal, že výkony trvali cca 30-40 minút a nezaznamenali žiadnu závažnejšiu komplikáciu. V nasledujúcej prezentácii MUDr.Skladaný z Liptovského Mikuláša pretlmočil názory prof.Jägera o možnostiach operačnej liečby urgentnej inkontinencie moču u žien. Hyperaktívny močový mechúr je podľa autora spôsobený defektom panvového dna, nereaguje na medikametóznu liečbu a je operačne riešiteľný spevnením uterosakrálnych ligament, pričom aloplastické pásky sa fixujú na periost S2. Úspešnosť operácia udáva 75%. V diskusii MUDr.Galád nedostal odpoveď na otázku, pre aký typ descenzu sú preparáty určené, doc.Hollý vyjadril pochybnosti o danej metóde, nakoľko manuál je úplne nezrozumiteľný, doc. Marenčák zdôraznil, že zmiešaný typ inkontinencie moču je indikovaný na medikamentóznu liečbu a doc.Krofta vyslovil doporučenie riadiť sa EBM a počkať na ďalšie výsledky. MUDr.Brenišin vo svojom príspevku popísal teoretický prehľad medikamentóznej liečby OAB a načrtol budúcnosť liečby v používaní mirabegronu, prípadne v kombinácii so solifenacínom. V diskusii sa MUDr. Galád pýtal na možnosti vykonávania augmentačných výkonov, doc.Marenčák odpovedal, že sa vykonávajú veľmi ojedinele, doporučuje skôr neurostimuláciu. MUDr.Zmrhal z Prahy popísal realizáciu cystoskopických vyšetrení u pacientok s OAB a zdôraznil podobnosť symptómov OAB a nádorov močového mechúra. Pri neúspešnej terapii OAB je potrebné realizovať špecializované vyšetrenia vrátane cystoskopie. Doc. Záťura upozornil na nutnosť vyšetrenia moču pred liečbou OAB, v prípade hematúrie je nutný ďalší diagnostický postup. MUDr.Huvar z Brna upozornil na chyby a omyly v diagnostike a liečbe inkontinencie moču, prezentoval aj niekoľko zaujímavých kazuistík.V poslednom príspevku doc.Marenčák exaktne popísal výskyt urologických malignít v gravidite, v prípade hypertenzie bez proteinúrie treba myslieť aj na feochromocytóm, najčastejšia urologická malignita v gravidite je karcinóm obličky. Nádory močového mechúra v gravidite sú pomerne vzácne. V prípade krvácania v gravidite je vždy potrebné odlíšiť vaginálne krvácanie od hematúrie, moč je potrebné odobrať na vyšetrenie pomocou flexibilného katétra, dif.dg. myslieť na malignitu, infekt dolných močových ciest, pyelonefritídu, ev. preeklampsiu. Nevyhnutná je spolupráca s urológom. Na záver konferencie organizátor MUDr.Matuška zhodnotil priebeh konferencie, poďakoval všetkým za účasť, pričom o úspechu svedčila aj vysoká účasť až do konca konferencie.

Zapísal: MUDr.Tomáš Danys, PhD.

vedecký sekretár Sekcie gynekologickej urológie SGPS