

MILLINOVA PROSTATEKTOMIE – NAŠE ZKUŠENOSTI

MUDr. Daniel Šafář, MUDr. Arne Rovný, MUDr. Petr Filipenský, MUDr. Petr Řehořek,
MUDr. Petr Kumstát

Urologické oddělení FN u sv. Anny v Brně

Úvod: Otevřená prostatektomie stále tvoří až 15% operací pro benigní hyperplazii prostaty (BPH). Na našem oddělení, narozdíl od většiny pracovišť v ČR, preferujeme retropubický přístup.

Materiál a metody: Retrospektivně jsme hodnotili 796 pacientů operovaných na našem pracovišti od roku 1992 do roku 2003. U 289 pacientů (36%) byla operace provedena v „bezkatetrové“ modifikaci, kdy drenáž moči byla zajištěna epicystostomií s aktivním sáním.

Výsledky: Millinův přístup umožňuje při standardním průběhu odstranit permanentní katétr 4. pooperační den, při „bezkatetrové“ prostatektomii nastupuje spontánní mikce 2. pooperační den. Průměrná doba hospitalizace byla v našem souboru 6,4 dne. Procento komplikací retropubické prostatektomie pro BPH odpovídá údajům ze světové literatury.

Závěr: Millinova prostatektomie (zvláště bezkatetrová) má ve srovnání s transvezikálním přístupem některé výhody: doba ponechání permanentního katétru po operaci (4 dny Millinova, 7 dnů transvezikální prostatektomie), frekvence pooperačních striktur hrdla močového měchýře (5% náš soubor, 6–22% podle literárních údajů) a výskyt inkontinence moči (1,7% náš soubor, 2–10% podle literárních údajů). K dalším výhodám tohoto přístupu řadíme lepší přehlednost operačního pole s exaktním ošetřením lůžka po enukleaci a ponechání intaktní stěny močového měchýře.

Úvod

První dokumentovanou suprapubickou prostatektomií provedl v roce 1885 Dittel (5), v našich zemích v roce 1906 Kukula (1). V současnosti patří prostatektomie k nejčastěji prováděným urologickým výkonům, v zemích s rozvinutým zdravotnickým systémem je druhou nejčastěji prováděnou operací u mužů nad 50 let věku. Absolutní i relativní indikace k operaci jsou dobře známy (recidivující retence moči, recidivující uroinfekce, recidivující makroskopická hematurie, renální insuficience, cystolitíáza a divertikl BPH, z relativních indikací jsou to především subjektivní obtíže pacienta vyjádřené vysokým IPSS skóre). Mebust uvádí ve svém sdělení, že až 1/3 všech indikací k operaci prostaty činí pouhá výrazná symptomatologie (2).

Za zlatý standard v operační léčbě BPH je považována transuretrální resekce prostaty (TURP). Po jejím zavedení do běžné urologické praxe se počty otevřených prostatektomií výrazně snížily. I přesto v jasných indikacích (větší adenom prostaty, sdružená patologie dolních cest močových) tvoří otevřená prostatektomie asi 15% operací pro BPH (6). Díky tradici našeho pracoviště a dobrým zkušenostem s touto operační metodou preferujeme na našem oddělení retropubický přístup, který byl poprvé popsán Terrence Millinem v roce 1945 (4).

Materiál a metodika

Retrospektivně jsme hodnotili soubor pacientů operovaných na našem pracovišti od roku 1992 do roku 2003. Celkem bylo provedeno 796 prostatektomií podle Millina, v 289

případech (36%) v modifikaci bez použití uretrálního katétru, kdy derivace moči byla zajištěna epicystostomií s aktivním sáním (Redonův drén 16 Ch). U pacientů předoperačně zjišťujeme IPSS skóre, DRE, PSA u pacientů do 75 let věku (při hodnotách nad 4 ng/ml doplňujeme sextantovou biopsii prostaty), sonograficky vyšetřujeme horní cesty močové, močový měchýř a postmikční reziduum. Fakultativně používáme urodynamické vyšetření a transrektální sonografie (přesnější stanovení objemu prostatické tkáně důležité při volbě operačního přístupu).

Operační technika

Pacient ve svodné nebo celkové anestezii je uložen na zádech v Trendelenburgově poloze s podloženou pávní. V přístupu do Retzi-ova prostoru preferujeme Pfannenstielův řez, pokud by nebyl výhodný (předchozí operace, výrazná obezita) volíme řez mezi symfýzou a pupkem. Při preparaci je výhodnější prázdný močový měchýř, pokud tomu tak není, evakuujeme náplň měchýře katétre. Obdobně jako u radikální prostatektomie obnažíme přední stranu prostatické kapsuly, případné žilní plexy jdoucí v předpokládané linii řezu ošetříme elektrokoagulací či ligaturami. Po přípravě přední plochy kapsuly následuje krátká a dostatečně hluboká příčná incize prostatické kapsuly (obrázek 1). Dále provádíme digitální enukleaci adenomu obdobně jako u přístupu travezikálního. Poté provedeme toiletu lůžka po prostatektomii a přesvědčíme se o poloze obou ureterálních ústí. Sliznice trigona močového měchýře je pokračujícím stehem všita k dorzální straně prostatické kapsuly (tzv. retrigonizace) (obrázek 2). Tímto způsobem

zajišťujeme hemostázu a plynulý přechod z měchýře do lůžka po enukleaci.

Obrázek 1. Příčná incize prostatické kapsuly



Obrázek 2. Retrigonizace



Obrázek 3. Epicystostomie v lůžku po prostatektomii



Následuje zavedení permanentního katétru při klasickém provedení, či zavedení Redonova drénu č. 16 jako epicystostomie v „bezkatetrové“ modifikaci operace (obrázek 3). Pokračujícím stěhem provedeme i suturu přední strany prostatické kapsuly. Při zavedeném katétru naplníme fixační balonek, epicystostomii fixujeme ke stěně močového měchýře a později ke kůži. Závěrem operace založíme Redonův drén do Retziova prostoru a uzavřeme ránu po anatomických vrstvách.

Peri a pooperační péče

Při sterilním kultivačním nálezu v moči předoperačně používáme ATB profylaxi intravenózně ráno v den operace a poté pokračujeme do 2. pooperačního dne. Standardem je i miniheparinizace až do mobilizace pacienta. Redonův drén Retziova prostoru odstraňujeme po ústupu sekrece většinou druhý pooperační den. V případě „bezkatetrové“ prostatektomie uzavíráme epicystostomii při ústupu hematurie většinou 2. pooperační den. Pokud pacient močí volně, 3. pooperační den po kontrolním stanovení rezidua epicystostomii odstraňujeme. V případě klasické prostatektomie dle Millina lze katétr extrahovat brzy po ústupu pooperační hematurie. Kožní stehy za příznivého hojení odstraňujeme 7. pooperační den.

Výsledky

Průměrná délka hospitalizace u pacientů po Millinově prostatektomii je 6,4 dne, délka hospitalizace u pacientů po transvezikální prostatektomii 7,6 dne. Procento komplikací v našem souboru odpovídá údajům z literatury. U bezkatetrové operace bylo nutné u 7,6% pacientů zavést v pooperačním období permanentní katétr pro výraznější krvácení. Podání allogení-

ho převodu krve bylo provedeno u 4,5% našich nemocných, Meier ve svém souboru referuje o nutnosti krev. převodu 4,6% pacientů (3). Frekvence výskytu pooperačních striktur hrdla močového měchýře je v našem souboru 5,2%, Dvořáček et al. referují o výskytu striktur hrdla u 6–22% pacientů (6). Výskyt inkontinence moči (spotřeba 3 a více inkontinenčních kolektorů) je v našem souboru 1,7%. Téměř pravidlem je po tomto typu operace retrográdní ejakulace, vyskytující se u 95,3% pacientů.

Diskuze

I když počet pacientů indikovaných k otevřenému operačnímu řešení BPH na většině urologických pracovišť klesá, stále zůstává skupina nemocných, u kterých nevystačíme s endoskopickým operačním přístupem.

I to je důvodem, proč referujeme o této 60 let staré operační metodě v době četných článků a přednášek o endoskopickém řešení BPH – od endoresektomy prostaty až po hybridní lasery. Indikací k otevřenému řešení prostatického adenomu zůstávají na našem pracovišti větší cystolitíza, která není vhodná k endoskopické litotrypsi, a divertikl močového měchýře. Dalším indikačním kritériem je velikost prostaty. U endoresektomy prostaty o hmotnosti nad 100 gramů se i v případě, že

výkon provádí zkušený operátor, neúměrně prodlužuje doba operace a zvyšují se krevní ztráty. Narůstá také riziko větší traumatizace uretry s následným vznikem pooperační striktury. Na našem pracovišti považujeme za hraniční velikost prostaty kolem 80 gramů a větší hyperplazie operujeme otevřeně. Indikací k „bezkatetrové“ prostatektomii je negativní anamnéza ohledně předchozích instrumentací v uretře. Bezkatetrovou operaci doporučujeme provádět erudovaným urologům, kteří jsou schopni dokonale hemostaticky ošetřit všechny zdroje krvácení v lůžku po prostatektomii.

Závěr

Millinova prostatektomie (zvláště bezkatetrová) má oproti transvezikální prostatektomii některé výhody: ponechání permanentního katétru po operaci (4 dny Millinova prostatektomie x 7 dnů transvezikální prostatektomie), frekvence pooperačních striktur hrdla močového měchýře (5% – náš soubor, 6–22% – literární údaje) a výskyt inkontinence moči (1,7% – náš soubor, 2–10% – literární údaje). K dalším výhodám tohoto přístupu řadíme lepší vizuální kontrolu operačního pole s exaktním ošetřením lůžka po enukleaci a ponechání intaktní stěny močového měchýře.

Literatura

1. Kohlíček J. Urologie v českých zemích, vznik a vývoj do roku 1989, Ed Urolog 1999; 3/99: 15.
2. Mebust WK, Holtgrewe HL, Cockett ATK, et al. Immediate and Postoperative Complications. A cooperative study of 13 Participating Institutions Evaluating 3 885 Patients. J Urol 1989; 141: 243–246.
3. Meier DE, et al. The outcome of suprapubic prostatectomy: a contemporary series in the developing world. Urology 1995; 46: str. 40–44.
4. Millin T. Retropubic Prostatectomy: New Extravesical Technique: Report on 20 Cases. Lancet 1945; 2: 693.
5. O'Connor VJ Jr, Naninnga JE. Suprapubic and Retropubic Prostatectomy. In: Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, et al. Campbell's Urology. 5. ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1986.
6. Šafařík L, Povýšil C. Benigní hyperplazie prostaty. In: Dvořáček J, et al. Urologie. Praha: ISV 1998: 1197–1252.