



XXXIV. konference sekce gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP 2026 se zahraniční účastí

8. – 10. říjen 2026

Clarion Congress Hotel Olomouc



PARTNEŘI A VYSTAVOVATELÉ

PLATINOVÝ PARTNER



GENERÁLNÍ PARTNER



PARTNER



PODPORA



VYSTAVOVATELÉ



ZÁKLADNÍ INFORMACE

POŘADATEL:

Sekce gynekologické endoskopie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

ODBORNÝ GARANT KONFERENCE:

doc. MUDr. Jiří Hanáček Ph.D.

prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

ORGANIZAČNÍ VÝBOR:

Radovan Pilka, předseda

Michal Mára, místopředseda

Jiří Hanáček, vědecký sekretář

Zdeněk Adamík

Jan Drahoňovský

Josef Eim

Michael Fanta

Martin Charvát

Zdeněk Novotný

ORGANIZÁTOR:

Congress Prague s.r.o.

Vyšehradská 430/41

128 00 Praha 2

www.congressprague.cz

office@congressprague.cz

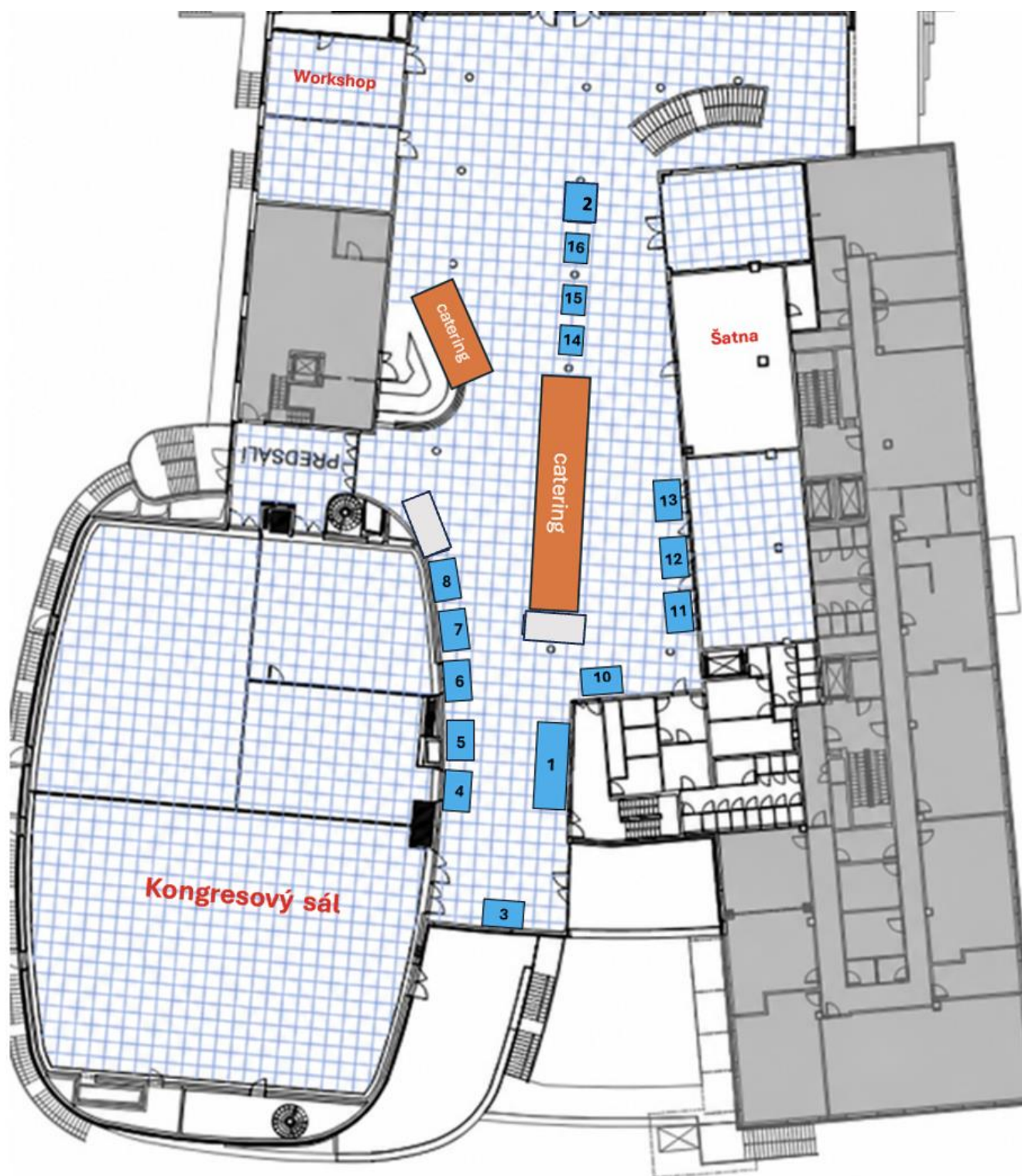
CERTIFIKÁTY

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16. Registrovaní účastníci, kteří absolvují odborný program, obdrží certifikát se **11 kredity**, s platností pro EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

PRAVIDLA PRO ÚČAST

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možný výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník při vstupu na kongres.
- 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. Clarion Congress Hotel Olomouc, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách Clarion Congress Hotel Olomouc určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách 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).

ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ



ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ

PLOCHA	VYSTAVOVATEL
1.	Mediz s.r.o.
2.	NORDIC Pharma, s.r.o.
3.	Moravia Medizintechnik s.r.o.
4.	OLYMPUS CZECH GROUP, s.r.o.
5.	Johnson & Johnson, s.r.o.
6.	InLab
7.	Exeltis Czech s.r.o.
8.	Pharma delivery s.r.o.
10.	Aspironix s.r.o.
11.	Výroba a opravy lékařských nástrojů
12.	SYNEKTIK Czech Republic, s.r.o.
13.	Surgicare s.r.o.
14.	DAHLHAUSEN CZ, spol. s r.o.
15.	VEGALL Pharma s.r.o.
16.	MeWAdia s.r.o.



OptoMedic Stellar

ENDOSKOPICKÁ VĚŽ

**Vidět ostře.
Vidět prostorově.
Vidět víc.**

4K

3D

FL

ICG + MB

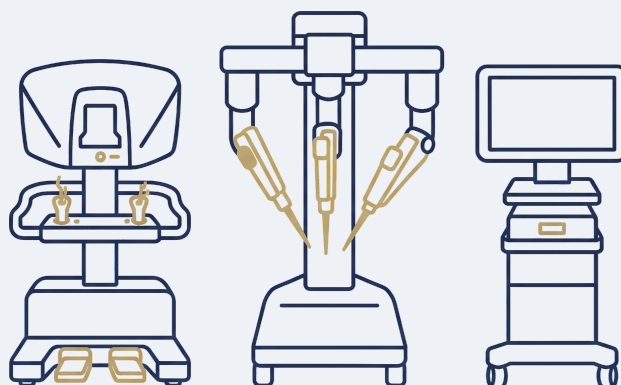
All-In-One Camera Imaging System



PŘIPRAVUJEME PRO ROK 2027

**Budoucnost
robotické
gynekologie**

Multiport robot s haptickou odezvou



ODBORNÝ PROGRAM KONGRESU

Čtvrtek, 8. října

08:30 – 17:00

Workshop hysteroskopie

Sál Plato–Seneca

Školitelé: Kovář P., Kužel D., Švabíková L.

Součástí dopoledního a odpoledního programu workshopu bude občerstvení s kávou zajištěné přímo v salonku Plato–Seneca.

Pátek, 9. října

08:00 – 18:30

Registrace

foyer, 1. poschodí

09:00 – 18:00

Doprovodná výstava firem

foyer, 1. poschodí

08:15 – 08:30

Zahájení konference

Pilka R., Mára M., Hanáček J.

08:30 – 11:30

Live surgery

Předsedající: Pilka R., Mára M.

08:30 – 11:30

Robotická hysterectomie + SLN + paraaortální lymfadenektomie

11:30 – 11:45

Coffee Break

11:45 – 12:15

Tipy a triky v léčbě obezity

Brunerová L.

Vedoucí diabetologického centra FNKV, Praha

12:15 – 13:30

Oběd

13:30 – 14:00

Firemní satelitní symposium firmy Mediz s.r.o.

Za hranice ICG: duální fluorescenční navigace v gynekologii

Methylenová modř ve fluorescenční navigaci: cesta k bezpečnější identifikaci ureterů.

MB umožňuje současné zobrazení močovodů a sentinelových uzlin v jednom operačním obrazu.

Pulgret K.

14:00 – 14:45

Vyzvaná přednáška: Management of Obstructive and Non-obstructive Congenital Uterine Anomalies

Ludwin A.

Head of 1st Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of Warsaw

14:45 – 15:45

1. Kulatý stůl: Obezita a minimálně invazivní chirurgie – rizika a možnosti řešení

Moderující: Sehnal B., Fanta M.

Miniinvazivní chirurgie u obézních pacientek v gynekologické onkologii: zkušenosti pracoviště VOÚ v Košiciach

Tóth G.

Gynekologické oddelenie VOÚ a.s. Košice

10 min.

Standardizace postupu při gynekologických operacích komplikovaných obezitou

Svobodová P.

B. Braun Avitum s.r.o.

10 min.

Chirurgie u obézních pacientek s karcinomem endometria: srovnání přístupu a vlastní zkušenosti pracoviště

Halaška M. J., Hruda M., Vaněk L., Sehnal B., Břečka K., Součková H., Jandová G.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady,

Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

10 min.

15:45 – 16:15

Coffee Break

16:15 – 17:15

2. Kulatý stůl: Management děložních myomů – je čas některé operace nahrazovat nechirurgickou léčbou? Myomektomie vs. hysterektomie

Moderující: Mára M., Romsauerová N., Kostun J.

Radiofrekvenční ablace děložních myomů v České republice: první klinické zkušenosti a rozvoj proctoringového centra

Kostun J., Keplová K., Betincová L., Presl J.

Gynekologicko-porodnická klinika FN a LF UK Plzeň

Využití peroperační drop-in ultrazvukové sondy u robotické myomektomie a niche

Romsauerová N.

Fakultní Thomayerova nemocnice, Gynekologicko-porodnické oddělení, Praha

17:15 – 18:00

3. Kulatý stůl: Hysteroskopie – její aktuální postavení v nemocniční a ambulantní gynekologii

Moderující: Charvát M., Kovář P., Drahoňovský J.

Chronická endometritida u neplodných žen – aktualizovaná data prospektivní kohortové studie MoRE

Břečka K., Sehnal B., Mardešičová N., Hruda M., Součková H., Halaška M., Mardešić T.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

Hysteroskopická subendometriální aplikace PRP plasmy – slibná metoda doplňující léčbu uterinního faktoru infertility

Kovář P.

Centra ambulantní hysteroskopie Havířov, Hlučín

18:00 – 18:30

4. Kulatý stůl: Ekologická stopa endoskopických výkonů

Moderující: Hanáček J., Pilka R.

19:30

Fórum endoskopie – diskusní večer a společná večeře pořádaná Sekcí gynekologické endoskopie ČGPS ČLS JEP

09:00 – 10:15

1. Přednáškový blok

Moderující: Hanáček J., Fanta M., Klát J., Pilka R.

Sdělení: 12 min.

Typ operačního přístupu jako hlavní determinanta úspěšnosti ICG/SLN detekce u karcinomu endometria – analýza souboru 315 pacientek

Hruda M.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

Robotický sál naplno: jak standardizace mění časy i casemix

Kolek P.

Fakultní Thomayerova nemocnice, Gynekologicko-porodnické oddělení, Praha

Miniinvasivní manažment vezikovaginálních fistúl: naše zkušenosti s vaginální reparační podla Latzka

Hudec B., Sýkora A., Školka R., Suško S., Kováčová A., Pavlák D., Dókuš K.

II. GPK SZU, FNŠP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Za hranicí excize: komplexní pohled na endometriózu

Kiss I.

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

vNOTES v gynekologické chirurgii – implementace nové metody v ČR

Fučík T.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie

1. LF UK a VFN, Praha

Invasivní těhotenská rezidua (iRPOC) – možnosti diagnostiky a operačního managementu

Lukavec V., Čuková J., Žižka Z., Lisá Z., Hlinecká K., Mára M.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie

1. LF UK a VFN, Praha

10:15 – 10:45

Coffee Break

10:45 – 12:10

2. Přednáškový blok

Moderující: Mára M., Drahoňovský J., Charvát M., Sehnal B.

Sdělení: 12 min. + 10 min. diskuse

Laparoskopická sklerotizace endometriomu jako alternativa k exstirpaci: pětileté zkušenosti

Ivánková K.

Ústav pro péči o matku a dítě, Gynekologické oddělení, Praha

Jizva jako záškodník. Kazuistiky z praxe

Píšková M.

FLOW Rehab Care s.r.o.

Prevence intrauterinních adhezí po evakuaci dutiny děložní ve druhém trimestru pomocí hyaluronového gelu: multicentrická randomizovaná studie

Emingr M.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie

1. LF UK a VFN, Praha

Současné chirurgické přístupy u karcinomu endometria v Evropě: výsledky mezinárodního dotazníkového průzkumu

Sehnal B.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

Atypický parazitární leiomyom s deficitem fumarát hydratázy

Matějů K., Višňa M., Lukavec V., Mára M.

Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze

Intraoperační ultrasonografie při roboticky asistované laparoskopické myomektomii

Větrovský L.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

12:15

Ukončení kongresu

Pilka R., Mára M., Hanáček J.

12:20

Oběd

NORDIC
PHARMA



Tipy a triky v léčbě obezity

Brunerová L.

Obezitologické centrum, Interní klinika FNKV a 3. LFUK

Obezita je chronické onemocnění definované zvýšenou adipozitou, spojené s více než 200 komplikacemi, včetně komplikací v oblasti ženského zdraví (PMOS, infertilita). Etiopatogeneze obezity je multifaktoriální (50% genetika – polygenní dědičnost, 50% obezitogenní prostředí). Ve sdělení bude shrnut současný pohled na diagnostiku (krom BMI bychom měli používat i antropometrické indexy lépe korespondující s rozložením tuku jako WHR, WtHR apod.) a léčbu (tři pilíře – režimová opatření, farmakoterapie a metabolická chirurgie) obezity, včetně reálných očekávání léčebného efektu jednotlivých modalit. Zdůrazněny budou tipy na vhodnou komunikaci a upozorním na rizika stigmatizace osob žijících s obezitou.

1. Kulatý stůl: Obezita a minimálně invazivní chirurgie – rizika a možnosti řešení

Miniinvazivní chirurgie u obézních pacientek v gynekologické onkologii: zkušenosti pracoviště VOÚ v Košiciach

Tóth G.

Gynekologické oddelenie VOÚ a.s. Košice

Úvod:

Obezita predstavuje významný rizikový a modifikujúci faktor v gynekologickej onkológii a ovplyvňuje voľbu operačného prístupu, technickú realizáciu výkonu, anestéziologické riziko, perioperačný manažment aj pooperačnú rekonvalescenciu. Miniinvazívna chirurgia je u obézných pacientok technicky náročnejšia, najmä vzhľadom na problematické polohovanie, vytvorenie a udržanie pneumoperitonea, ventiláciu v Trendelenburgovej polohe a preparáciu v hlbokých panvových a retroperitoneálnych priestoroch. Napriek tomu prináša v porovnaní s laparotómiou výhody v podobe nižšej pooperačnej morbidity, kratšej hospitalizácie a rýchlejšej rekonvalescencie.

Cieľ:

Cieľom prednášky je prezentovať skúsenosti Gynekologického oddelenia Východoslovenského onkologického ústavu, a. s. v Košiciach s miniinvazívnou chirurgiou u obézných pacientok s gynekologickými malignitami. Hodnotené sú možnosti a limity miniinvazívneho prístupu, technická realizovateľnosť a perioperačná bezpečnosť výkonov, ako aj faktory ovplyvňujúce operačný čas, potrebu konverzie na laparotómiu, pooperačnú morbiditu a dĺžku hospitalizácie.

Metodika:

Prezentované sú vlastné skúsenosti pracovišta s miniinvazívnymi operačnými výkonmi u obézných pacientok s gynekologickými malignitami. Hodnotená je základná charakteristika pacientok vrátane veku, BMI, komorbidít a funkčného stavu, ako aj typu malignity, rozsahu ochorenia a druhu operačného výkonu. Pozornosť je venovaná predoperačnej optimalizácii vrátane zhodnotenia kardiopulmonálneho a tromboembolického rizika, komorbidít, metabolického stavu a tolerancie operačnej polohy. Analyzované sú technické aspekty výkonov, najmä vytvorenie pneumoperitonea, voľba a umiestnenie portov, bezpečné polohovanie v Trendelenburgovej polohe a zvládnutie limitov pri preparácii v malej panve a retroperitoneu. Hodnotená je úspešnosť detekcie sentinelových lymfatických uzlín, operačný čas, konverzie na laparotómiu, perioperačné a pooperačné komplikácie a dĺžka hospitalizácie. Súčasťou manažmentu pacientok sú princípy ERAS a pripravenosť na konverziu v prípade nemožnosti bezpečne pokračovať v miniinvazívnom výkone alebo zabezpečiť adekvátnu onkologickú radikalitu.

Záver:

Bezpečnosť a realizovateľnosť výkonu závisia od individuálnej selekcie pacientky, charakteru a rozsahu malignity, prítomnosti komorbidít, funkčnej a respiračnej rezervy, skúsenosti operačného a anestéziologického tímu a dostupnosti adekvátneho perioperačného zázemia. BMI predstavuje dôležitý, ale samostatne nedostatočný ukazovateľ operačného rizika. Pri dôslednej predoperačnej optimalizácii, štandardizovanej operačnej technike, správnom polohovaní, pripravenosti na konverziu a uplatnení princípov ERAS môže miniinvazívny prístup u vhodne vybraných obéznych pacientok predstavovať bezpečnú a efektívnu alternatívu k otvorenej chirurgii.

Standardizace postupu při gynekologických operacích komplikovaných obezitou

Svobodová P.

B.Braun Avitum s.r.o.

Obezita jako systémové onemocnění významně zvyšuje pravděpodobnost perioperačních komplikací a vyžaduje specifický standardizovaný přístup k minimalizaci rizik. Klíčovými body jsou 1. Racionální rozhodovací proces - stanovení cílů léčby, zhodnocení alternativ, preference konzervativní léčby, zvážení únosnosti operační léčby a přínosu výkonu. 2. Multidisciplinární předoperační příprava - s cílem kompenzace komorbidit, se snahou o redukci váhy a zvýšení kondice. U maligních indikací situace vyžaduje relativně rychlou přípravu. U benigních indikací lze výkon často odložit i o měsíce ve prospěch řízené přípravy s cílem posunout pacientku směrem do méně rizikové skupiny. Průběžně perioperačně důsledně aplikujeme principy ERAS. 3. Intraoperační péče - silná preference miniinvazivních přístupů (robotický, laparoskopický, vaginální, vNOTE). Během operačního výkonu je podstatná strategie zavedení portů s ohledem na anatomické limity, správné polohování pacientky, minimalizace intraabdominálního tlaku, využití možností zobrazení, aktivní zkušená asistence a standardizace chirurgických kroků, které snižují riziko krvácení či poranění orgánů. 4. Pooperační péče je zaměřena na časnou mobilizaci, prevenci tromboembolických komplikací, opioid - šetřící analgezii, a podporu rychlé rekonvalescence. Standardizace všech fází procesu zvyšuje úspěšnost nekomplikovaného průchodu obézní pacientky operační léčbou.

Chirurgie u obézních pacientek s karcinomem endometria: srovnání přístupu a vlastní zkušenosti pracoviště

Halaška M.J., Hrudá M., Vaněk L., Sehnal B., Břečka K., Součková H., Jandová G.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Obezita ovlivňuje volbu operačního přístupu u karcinomu endometria. Cílem práce bylo porovnat abdominální (ABD), laparoskopický (LAP: LAVH/TLH) a robotický (ROB: TRH) přístup u obézních pacientek (BMI>30) a ověřit, zda se rozdíly mezi přístupy mění se stupněm obezity a jaké jsou výsledky. Detekce sentinelové uzliny je hodnocena v další práci. Metodika: Retrospektivní analýza 234 pacientek s BMI>30 (ABD 94, LAP 44, ROB 96) z období 4/2021-4/2026. Porovnána byla demografie a perioperační výsledky (délka operace, krevní ztráta) celkově i odděleně dle WHO tříd obezity (I: 30–35, n=103; II: 35–40, n=67; III: ≥40, n=64). Výsledky: ABD pacientky byly starší (medián 69,8 vs. 65,0 ROB, 66,3 LAP; p=0,012), s vyšším výskytem diabetu a hypertenze; váha a výška se mezi přístupy nelišily (p>0,05). Délka operace byla nejdelší u ROB (medián 105 min vs. 90 ABD, 85 LAP; p Závěr: Robotický přístup u obézních pacientek s karcinomem endometria přináší nejnižší krevní ztrátu za cenu delšího operačního času, a to konzistentně napříč celým spektrem obezity. Rozdíly mezi přístupy nejsou primárně dané stupněm obezity, ale volbou techniky samotné – efekt robotické asistence na krevní ztrátu neslábne ani u nejtěžších stupňů obezity, což podporuje jeho preferenci i u BMI≥40. Úspěšná realizace operace u (velmi) obézních pacientek vyžaduje kromě volby přístupu i vhodnou instrumentaria (prodloužené nástroje, pokročilý bipolár), úzkou spolupráci s anesteziologickým týmem (nízký intraabdominální tlak 6–8 mm Hg, dostatečná relaxace, Trendelenburgova poloha kolem 30°) a řadu drobných operačních modifikací (např. použití

kolpotomizéru s ohledem na tvar děložního hrdla), které společně umožňují bezpečné provedení výkonu i u pacientek s BMI přesahujícím i 60 kg/m².

2. Kulatý stůl: Management děložních myomů – je čas některé operace nahrazovat nechirurgickou léčbou? Myomektomie vs. hysterektomie

Radiofrekvenční ablace děložních myomů v České republice: první klinické zkušenosti a rozvoj proctoringového centra

Košťun J., Keplová K., Betincová L., Presl J.

Gynekologicko-porodnická klinika FN a LF UK Plzeň

Děložní myomy představují nejčastější benigní nádorové onemocnění ženského reprodukčního systému s prevalencí 20–50 %, přičemž přibližně třetina pacientek vykazuje symptomatologii negativně ovlivňující kvalitu života.

Radiofrekvenční ablace představuje moderní, minimálně invazivní léčebnou metodu určenou symptomatickým pacientkám se zájmem o zachování dělohy. V dosud publikovaných souborech je uváděn nízký výskyt komplikací a klinicky významná redukce objemu myomu, a to až o 70 % - 85% objemu do 12, respektive do 24 měsíců. Metoda je vhodná pro myomy do 10 cm, zejména FIGO typů 1–6, zachovává dělohu a je tak alternativou pro pacientky, které preferují fertilitu zachovávající postup, odmítají chirurgickou či farmakologickou léčbu nebo potřebují rychlou rekonvalescenci. Radiofrekvenční ablace je rovněž uvedena v doporučeních ACOG jako validní možnost terapie děložní myomatózy.

Od 31. 10. 2025 je metoda radiofrekvenční ablace děložních myomů rutinně prováděna ve FN Plzeň, která je dosud jediným centrem v České republice disponujícím touto technologií a současně rozsáhlou patientskou základnou a největší zkušeností s touto metodou. V době přípravy abstraktu bylo provedeno více než 60 výkonů bez závažných komplikací a dalších asi 40 pacientek je k výkonu plánováno. Pacientky jsou systematicky sledovány v pravidelných intervalech 1, 3, 12 a 24 měsíců po výkonu s hodnocením klinického efektu, sonografické regrese myomů, bezpečnostního profilu metody a kvality života. Na základě dosavadních zkušeností GPK FN Plzeň rovněž jako první centrum v ČR poskytuje proctoring a metodickou podporu při zavádění radiofrekvenční ablace do klinické praxe.

Využití peroperační drop-in ultrazvukové sondy u robotické myomektomie a niche

Romsauerová N.

Fakultní Thomayerova nemocnice, Gynekologicko-porodnické oddělení, Praha

Robotická myomektomie přináší řadu výhod u obtížných a komplexních nálezů. Lokalizace myomů, zejména hluboko uložených lézí typu FIGO 2 a 3, ale i tak někdy představuje operační výzvu a takto uložené myomy nezřídka zůstávají oku skryté. Použití drop-in ultrazvukové sondy zásadně zlepšuje vizualizaci v reálném čase a nález lézí, které by jinak byly jen obtížně dosažitelné: chirurg ji ovládá sám přímo z konzole robotického systému a kontinuálně mapuje dělohu v libovolných rovinách, aniž by bylo nutné výkon přerušit. Díky tomu lze odhalit i okultní intramurální myomy neviditelné pouhým okem, sledovat jejich aktuální polohu i v již rozoperovaném nálezu a přesněji posoudit jejich vztah k děložní dutině. Další jedinečné využití této sondy je při operačním řešení niche — díky ultrazvuku rychle a snadno lokalizujeme místo a rozsah defektu a opakovanými kontrolami během výkonu zajistíme kompletní resekci do zdravé tkáně. Drop-in ultrazvuk tak snižuje riziko ponechaného rezidua, šetří okolní myometrium, zpřesňuje rekonstrukci děložní stěny a otevírá cestu k lepším reprodukčním výsledkům.

Břečka K., Sehnal B., Mardešičová N., Hruda M., Součková H., Halaška M., Mardešić T.
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

Chronická endometritida (CE) je často asymptomatické onemocnění endometria, které může v mnoha případech způsobovat infertilitu žen, časné těhotenské ztráty nebo selhání metod asistované reprodukce. Přes narůstající počet publikací poukazujících na souvislost mezi CE a horšími reprodukčními výsledky neexistuje jednotná shoda na diagnostických kritériích ani na terapii CE. Přednáška shrnuje zatím dostupná data probíhající prospektivní studie MoRE (Monitoring Of Reproductive Outcomes in Women with Chronic Endometritis, NCT07603492). Do studie MoRE bylo dosud zařazeno 85 žen léčených pro primární či sekundární sterilitu. U všech žen byla provedena diagnostická hysteroskopie s odběrem endometria k histologickému vyšetření chronické endometritidy včetně imunohistochemie (CD138 a průkaz počtu plazmatických buněk na vyšetřované pole). Hysteroskopický náález je hodnocen vizuálním skórovacím systémem podle Liu et al. (cut-off ≥ 3 body). Na chronickou endometritidu bylo během hysteroskopie vysloveno podezření u 31 pacientek (36,9 %). Chronická endometritida byla histologicky potvrzena (pozitivita CD138 a ≥ 5 plazmatických buněk na vyšetřované pole) u 18 z 77 žen (23,4 %) s reprezentativním vzorkem tkáně. Hysteroskopické skóre vykazovalo ve srovnání s histologickým průkazem omezenou diagnostickou přesnost (senzitivita 50,0 %, specificita 64,4 %). Antibiotická terapie (doxycyklin $\pm$ metronidazol) byla dosud podána 38 pacientkám z celého souboru, u histologicky potvrzené CE 12 z 18 žen. Dalším sledovaným parametrem zůstává fertility- rate (spontánní i po IVF-ET) v průběhu 12 měsíců od zahájení terapie; vzhledem k probíhajícímu náboru jsou tato data zatím nedostatečná pro klinické hodnocení. Naše průběžná data naznačují, že samotné hysteroskopické skóre má omezenou schopnost predikovat histologicky potvrzenou CE, což podtrhuje význam histopatologického a imunohistochemického vyšetření jako referenčního standardu. Pokračující nábor pacientek v rámci studie MoRE umožní robustnější zhodnocení reprodukčních výsledků.

Hysteroskopická subendometriální aplikace PRP plasmy – slibná metoda doplňující léčbu uterinního faktoru infertility

Kovář P.

Centra ambulantní hysteroskopie Havířov, Hlučín

Aplikace autologní PRP plasmy u pacientek s předpokládaným uterinním faktorem se jeví jako velice slibná metoda doplňující a modifikující přístup v rámci komplexní léčby infertility.

Indikace:

- Opakované selhání implantace (RIF – Recurrent Implantation Failure)
- Nízké endometrium (< 7 mm)
- Příprava endometria před asistovanou reprodukcí (IVF)
- Chronická endometritida (v některých studiích)
- St. po synechiolýzách vč. Asherman. syndromu
- Adenomyóza/endometrióza

S odkazem na recentní literaturu a poznatky prezentované m.j. na Globálním kongresu hysteroskopie v Barceloně 6/2025 a Celosvětovém kongresu H-ART-US v Říme 4/2026 je subendometriální hysteroskopická aplikace PRP plasmy výrazně efektivnější než aplikace intrauterinní pouze pomocí katetru (78% vs. 55%) a aplikace pod UZ kontrolou, má navíc signifikantně lepší výsledky ve věkové kategorii žen na 35 let.

Naše pracoviště jako první v ČR zařadilo v srpnu 2025 subendometriální hysteroskopickou aplikaci PRP plasmy mezi spektrum prováděných ambulantních výkonů.

Autoři referují o metodice získávání PRP plasmy a její hysteroskopické aplikaci v rámci Center ambulantní hysteroskopie (v kombinaci se současnou intrauterinní aplikací PRP plasmy), ale také o optimalizaci v rámci komplexní hysteroskopické diagnostiky a léčby uterinního. Kladou důraz nejenom na samotnou PRP aplikaci, ale také na komparaci s prehysteroskopickými vyšetřeními (zejména 3D UZ) a intrauterinní operativou.

V závěru referátu autoři jednak zmíní dosavadní výsledky (cca 150 procedur aplikace PRP plasmy od 8/2025), jednak aktualizují pohled na problematiku v kontextu celosvětového kongresu H-ART-US Řím 2026.

1. Přednáškový blok

Typ operačního přístupu jako hlavní determinanta úspěšnosti ICG/SLN detekce u karcinomu endometria – analýza souboru 315 pacientek

Hruda M.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

Úvod a cíl: Detekce sentinelové uzliny (SLN) pomocí indocyaninové zeleně (ICG) je dnes standardem stagingu karcinomu endometria. Cílem práce bylo identifikovat faktory asociované se selháním detekce, se zaměřením na typ operačního přístupu, myomatózu a obezitu. Metodika: Retrospektivní analýza 315 pacientek operovaných pro karcinom endometria s peroperační ICG/SLN detekcí. Výkon byl proveden otevřeným přístupem (AHY) u 71 pacientek, laparoskopicky (LAVH/TLH) u 111 pacientek a roboticky (TRH) u 133 pacientek. Sledován byl výsledek detekce na obou stranách (bilaterální / jednostranná / žádná) a jeho vztah ke sledovaným faktorům, s přihlédnutím k současnému vlivu BMI a myomatózy. Výsledky: Bilaterální detekce byla dosažena u 91,7 % pacientek (n = 289), jednostranná u 6,3 % (n = 20), úplné selhání u 1,9 % (n = 6). Jediným faktorem s jasnou vazbou na výsledek byl typ operace: AHY 78,9 % (n = 71), LAVH/TLH 93,7 % (n = 111), TRH 97,0 % (n = 133). Zásadní dělicí linií byl otevřený versus miniinvazivní přístup, zatímco mezi laparoskopií a robotem se rozdíl neprojevil. Efekt typu operace přetrvával i po zohlednění BMI a myomatózy. Typ operace souvisel rovněž s úplným selháním detekce – 5 z 6 případů připadlo na AHY, u TRH se nevyskytlo ani jednou. Metoda aplikace ICG, myomatóza ani obezita v pásmu BMI ≥ 30 se jako rizikové faktory neprojevil; naznačený nepříznivý vliv se objevil až u BMI ≥ 40 (83,7 % vs. 93,0 %). Závěr: Rozhodujícím faktorem úspěšnosti ICG/SLN detekce je miniinvazivní přístup, nezávisle na BMI a myomatóze. Otevřený přístup nese přibližně 5–6násobně vyšší riziko selhání, což odpovídá dostupnosti integrované fluorescenční optiky. Prezентujeme tipy a triky na zvýšení úspěšnosti detekce SLN. Klíčová slova: karcinom endometria, sentinelová uzlina, indocyaninová zeleň, laparoskopie, robotická chirurgie

Robotický sál naplno: jak standardizace mění časy i casemix

Kolek P.

Fakultní Thomayerova nemocnice, Gynekologicko-porodnické oddělení, Praha

Vysokoobjemový robotický program v gynekologii nevzniká sám od sebe — vyžaduje promyšlenou strategii efektivity, vyškolený tým a standardizovaný pracovní postup napříč všemi profesemi na sále. Přesná časová synchronizace anesteziologa, instrumentářky, cirkulující sestry a chirurga v jednotlivých fázích výkonu (příprava, dokování, konzole, rotace pacientů) dokáže výrazně zkrátit časy mezi pacienty. Cílem je ukázat, jak learning curve, objem výkonů a casemix pracoviště ovlivňují operační časy a efektivitu využití systému. Jak nastavit organizaci sálu tak, aby tato zjištění bylo možné uplatnit na pracovišti. Jen dokonalou souhrou celého týmu docílíme toho, aby robotický systém pracoval na maximální kapacitě.

Miniinvazivní manažment vezikovaginálních fistúl: naše zkušenosti s vaginálnou reparáciou podľa Latzka

Hudec B., Sýkora A., Školka R., Suško S., Kováčová A., Pavlák D., Dókuš K.

II. GPK SZU, FNŠP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

Veziko-vaginálna fistula je pomerne zriedkavá avšak nepríjemná komplikácia po gynekologických operáciách. Vo vyspelých krajinách je najčastejší výskyt práve po benígnych hysterektómiách s frekvenciou 0,8 prípadu na 1000 operácií (1). V literatúre sú popísané viaceré možnosti manažmentu týchto pacientok. Podľa dostupných údajov bolo 96,4% prípadov riešených operačne a to 39% vaginálnou cestou, 36% trans-abdominálne/trans-vezikálne, 15% laparoskopicky/roboticky a 3% kombinovane. Úspešnosť chirurgickej liečby sa uvádza na úrovni 97,98% (2). Cieľom prednášky je prezentovať naše skúsenosti s vaginálnou reparáciou podľa Latzka, operačnú techniku, peri-operačné priebehy a následné sledovanie pacientok.

Bazi T. Spontaneous closure of vesicovaginal fistulas after bladder drainage alone: review of the evidence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Mar;18(3):329-33. doi: 10.1007/s00192-006-0194-7. Epub 2006 Oct 12. Erratum in: *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Apr;18(4):475. PMID: 17036168.

Bodner-Adler B, Hanzal E, Pablik E, Koelbl H, Bodner K. Management of vesicovaginal fistulas (VVF) in women following benign gynaecologic surgery: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017 Feb 22;12(2):e0171554. doi: 10.1371/journal.pone.0171554. PMID: 28225769; PMCID: PMC5321457.

Kieserman-Shmokler C, Sammarco AG, English EM, Swenson CW, DeLancey JO. The Latzko: A high-value, versatile vesicovaginal fistula repair. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Aug;221(2):160.e1-160.e4. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.021. Epub 2019 May 20. PMID: 31121139; PMCID: PMC6667282.

Za hranicí excize: komplexní pohled na endometriózu

Kiss I.

3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

Endometrióza byla tradičně vnímána jako lokální gynekologické onemocnění definované přítomností ektopických lézí. Její klinický obraz však nelze redukovat na rozsah anatomického nálezu. Chronický zánět, neuroangiogeneze, změny zpracování bolesti a poruchy funkce pánevního dna se mohou podílet nejen na pánevní bolesti, ale také na sexuálních, gastrointestinálních a urologických obtížích, únavě, poruchách spánku a omezení každodenního fungování. Závažnost symptomů přitom nemusí odpovídat rozsahu morfologického postižení. Přednáška představí endometriózu jako chronické onemocnění se systémovými a funkčními přesahy, jehož léčba vyžaduje individualizovaný a multimodální přístup. Chirurgická excize v něm představuje jednu z léčebných možností vedle cílené léčby bolesti, fyzioterapie pánevního dna, pohybových a nutričních intervencí, ovlivnění spánku a podpory self-managementu. Změna paradigmatu spočívá v posunu od léčby anatomického nálezu ke komplexní péči zaměřené na mechanismy obtíží, zachování funkce a dlouhodobou kvalitu života pacientky.

vNOTES v gynekologické chirurgii – implementace nové metody v ČR

Fučík T.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN, Praha

Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) představuje moderní miniinvazivní přístup v gynekologické chirurgii, který využívá vaginální cestu k zavedení endoskopických nástrojů do dutiny břišní a kombinuje výhody klasické vaginální operativy s laparoskopickou vizualizací. Zásadním přínosem této metody je absence kožních řezů na břišní stěně, což se klinicky projevuje nižší pooperační bolestivostí, rychlejší rekonvalescencí, kratší hospitalizací a velmi dobrým kosmetickým efektem. Metoda se jeví jako atraktivní alternativa ke klasické laparoskopii u benigních indikací, a to i u pacientek s obezitou. VNOTES má potenciál dále rozšířit spektrum miniinvazivních přístupů v gynekologii a může představovat významný posun směrem k šetrnější chirurgické péči. Na našem pracovišti jsme zavedli metodu vNOTES do klinické praxe. V prezentaci se zaměřujeme na praktické aspekty zavedení této metody, výběr vhodných pacientek, technické provedení výkonu a bezpečnostní limity metody. Dosavadní zkušenosti potvrzují, že vNOTES umožňuje provedení plnohodnotného endoskopického výkonu při zachování všech principů bezpečné gynekologické chirurgie a zároveň přináší pacientkám měřitelné klinické benefity. Klíčová slova: vNOTES, hysterektomie, minimálně invazivní chirurgie, transvaginální přístup, rychlá rekonvalescence, gynekologická endoskopie

Lukavec V., Čuková J., Žižka Z., Lisá Z., Hlinecká K., Mára M.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN, Praha

Těhotenská rezidua jsou komplikací zhruba 1 % všech gravidit se vyšší incidencí při proběhlých abortech oproti vaginálním porodům a porodům císařským řezem. Standartním postupem jejich managementu je primární snaha o konzervativní řešení s využitím uterotonik, případně operační výkon – při výrazném krvácení kyretáž, ale lépe selektivní hysteroskopická resekce okrsku retinované tkáně. V poslední době se pravděpodobně i vlivem přidružených komorbidit pacientek a opakovaných intrauterinních operačních intervencí častěji setkáváme s doposud ne zcela jednoznačně etablovanou klinickou jednotkou invazivních těhotenských reziduí. V takovém případě mohou selhat i opakované snahy o transcervikální resekci a někdy přistupujeme k laparoskopické operaci – technicky podobné například laparoskopické resekci fokální adenomyózy. Bohatým cévním zásobením na dopplerovském UZ zobrazení se invazivní rezidua diagnosticky překrývají s termínem Enhanced myometrial vascularity (EMV) a někteří autoři je primárně na základě histologické diagnostiky řadí do skupiny vad typu placenta accreta spectrum (PAS). Bohatá ložisková perfuze myometria v kombinaci s často rozsáhlým hysteroskopickým nálezem nezřídka navádí k podezření na klinickou diagnózu některé z forem gestační trofoblastické nemoci. Navzdory tomu opakovaně sledujeme poměrně expanzivní růst těhotenské tkáně bez maligního nálezu v operační biopsii, často také s nízkými hodnotami hCG. V některých případech naopak tkáň reziduí v celém svém rozsahu infiltruje myometrium bez zjevného korelátu v děložní dutině, což způsobuje další diagnostické rozpaky, zejména ohledně možné záměny se sonografickým obrazem čistě vaskulární patologie stěny děložní dutiny AV malformace. Nález invazivních reziduí může být dle preference pacientek řešen konzervativně dispenzarizací v rámci "watch and wait" režimu. S výhodou je využití metod intervenční radiologie a selektivní embolizace hlavních přívodných cév perfundovaných okrsků – ať už v rámci přípravy na operační výkon nebo jako terapeutická metoda. Indikacemi k intervenci byla v souboru námi léčených pacientek nejčastěji snaha o další graviditu, nepravidelné krvácení a absence fyziologického růstu endometria. V našem příspěvku shrnujeme zkušenosti našeho pracoviště s diagnostikou a managementem této patologie a navrhuje základní technické postupy léčby. Tato akademická práce byla podpořena financováním Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci projektu AZV NU23-06-00327.

2. Přednáškový blok

Laparoskopická sklerotizace endometriomu jako alternativa k exstirpaci: pětileté zkušenosti

Ivánková K.

Ústav pro péči o matku a dítě, Gynekologické oddělení, Praha

Chirurgické řešení ovariálního endometriomu u pacientek s hlubokou infiltrující endometriózou (DIE) stojí před konfliktem mezi "radikalitou" výkonu a zachováním ovariální rezervy. Laparoskopická sklerotizace endometriomu představuje alternativu k exstirpaci (cystektomii), její postavení v algoritmu léčby těžkých forem DIE ale není ustanoveno. Cílem práce bylo zhodnotit vývoj užití sklerotizace v našem centru, charakterizovat pacientky, u nichž byla indikována, a porovnat je se skupinou pacientek po exstirpaci endometriomu. Retrospektivní analýza konsekutivních operací pro endometriózu provedených v našem centru v období 1. 1. 2022 – 31. 8. 2026 (n = 1 418). Podle typu výkonu na ovariu (pravém, levém či oboustranně) byly vytvořeny dvě skupiny: SKLEROTIZACE (n = 191) a EXSTIRPACE (n = 252). Hodnoceny byly věk, -rASRM skóre, #ENZIAN, Endometriosis Fertility Index (EFI), operační čas, pooperační komplikace, rozsah výkonu na dalších orgánech a přítomnost sterility. Všechny výkony byly provedeny laparoskopicky. Podíl sklerotizací provedených v rámci všech operací pro endometriózu vzrostl z 8,4 % (2022) na 21,5 % (2026), zatímco podíl exstirpací klesl z 22,4 % na 13,6 %. Skupina sklerotizace vykazovala vyšší tíži nemoci: průměrné rASRM skóre 52 vs. 42 a stadium IV u 48,7 % vs. 38,1 % pacientek. Průměrné EFI bylo 4,5 vs. 4,9, průměrný věk 32,3 vs. 32,8 let. Výkon na střevě byl v obou skupinách proveden ve srovnatelném rozsahu (shaving 3,1 % vs. 4,8 %, diskoidní resekce 7,9 % vs. 9,1

%, segmentální resekce 12,6% vs. 9,5 %). Operační čas v obou skupinách byl srovnatelný (88,5 vs. 87,5 min). Výskyt pooperačních komplikací se ve skupinách nelišil. Záměrné ponechání DIE in situ (radikální výkon nebyl indikován, resp. šlo o výkon před IVF) bylo voleno u 16,8 % pacientek ve skupině sklerotizace, ale jen u 6,0 % ve skupině exstirpace. Oboustranná sklerotizace byla provedena u 27 pacientek (14%), oboustranná exstirpace u 15 (6%). V průběhu posledních pěti let došlo v našem centru k výraznému posunu operační strategie směrem k využití sklerotizace endometriomu, a to především u pacientek s nejtěžšími formami hluboké infiltrující endometriózy a nepříznivou fertilitní prognózou. Sklerotizace v těchto případech neprodlužuje operační čas ani nezvyšuje morbiditu výkonu a umožňuje cíleně ošetřit pouze endometriom při ponechání celé DIE. Součástí prezentace bude podrobnější analýza indikačních kritérií, technických aspektů výkonu a fertilitních výstupů naší kohorty.

Jizva jako záškodník. Kazuistiky z praxe

Píšková M.

FLOW Rehab Care s.r.o.

Úvod: V chirurgických či gynekologických zprávách se často dočítáme “jizva klidná, zhojená”, zprávy z rehabilitace se však často s tímto rozcházejí, stejně tak subjektivní pocity pacientek. Znalosti o jizvách šly za poslední roky výrazně kupředu, postupy a doporučení se mění. Cíl: Cílem sdělení je seznámit kolegy s problematikou jizev z pohledu rehabilitace a s novinkami v péči o jizvy. Součástí budou také kazuistiky na toto téma. Obsah sdělení: Obsahem sdělení bude přiblížení problematiky jizev jakožto “sabotérů” normálního fungování systému. Rehabilitační lékař či fyzioterapeut vyšetřuje a hodnotí zejména funkci jizvy, tedy její posunlivost a protažlivost v rámci jednotlivých tkáňových vrstev a možné vlivy na potíže jak pohybového aparátu, tak orgánových systémů. Intervence u tzv. “aktivních jizev” mají velmi dobré výsledky u nejrůznějších potíží. Závěr: Jizvy po břišních a pánevních operacích mohou mít značný vliv na funkci orgánových systémů břicha a pánve, jakožto i na pohybový aparát. Znalosti o patofyziologii jizev a hojení šly za poslední roky dopředu mílovými kroky a řada dříve vyučovaných informací již neplatí. Pacientky je po výkonech vhodné edukovat o důležitosti správného, a především dlouhodobého ošetřování jizev, ideálně odesílat i na fyzioterapii, zejména z důvodu prevence srůstů či podpoření efektu samotného zákroku.

Prevence intrauterinních adhezí po evakuaci dutiny děložní ve druhém trimestru pomocí hyaluronového gelu: multicentrická randomizovaná studie

Emingr M.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Intrauterinní adheze představují klinicky významnou komplikaci po nitroděložních výkonech, zejména po evakuaci dutiny děložní v souvislosti s těhotenstvím. Výkony ve druhém trimestru jsou spojeny s vyšším rizikem endometriálního traumatu a následné tvorby adhezí. Cílem studie bylo zhodnotit, zda intrauterinní aplikace hyaluronového antiadhezivního gelu snižuje výskyt de novo intrauterinních adhezí po evakuaci dutiny děložní ve druhém trimestru. Metodika: Prospektivní multicentrická randomizovaná studie zahrnovala 124 žen po instrumentální evakuaci dutiny děložní ve druhém trimestru. Pacientky byly randomizovány v poměru 1:1 ke standardnímu chirurgickému postupu bez antiadhezivního přípravku nebo k intrauterinní aplikaci hyaluronového gelu po dokončení výkonu. Primárním cílem byl výskyt hysteroskopicky potvrzených de novo intrauterinních adhezí při kontrolní hysteroskopii za 8–12 týdnů. Hodnocena byla také závažnost adhezí dle klasifikace American Fertility Society, shoda sonohysterografie s hysteroskopií a následné reprodukční výsledky. Výsledky: Kontrolní hysteroskopii podstoupilo 88 žen, z toho 41 v kontrolní skupině a 47 ve skupině s hyaluronovým gelem. De novo intrauterinní adheze byly zjištěny u 13/41 žen v kontrolní skupině (31,7 %) a u 3/47 žen ve skupině s hyaluronovým gelem (6,4 %). Aplikace hyaluronového gelu byla spojena s významně nižším rizikem vzniku adhezí (OR 0,147; 95% CI 0,038–0,562; p = 0,005), s absolutním snížením rizika o 25,3 % a NNT 4. U žen s prokázanými adhezemi bylo skóre AFS nižší ve skupině s hyaluronovým gelem. Reprodukční follow-up byl dostupný u 98 žen. Těhotenství

nastalo u 60,9 % žen v kontrolní skupině a u 75,0 % žen ve skupině s hyaluronovým gelem. Míra potratu mezi ženami, které otěhotněly, byla nižší ve skupině s hyaluronovým gelem. Závěr: Intrauterinní aplikace hyaluronového gelu významně snížila výskyt hysteroskopicky potvrzených de novo intrauterinních adhezí po evakuaci dutiny děložní ve druhém trimestru. Výsledky podporují využití hyaluronového gelu jako preventivní strategie u žen s přáním zachování fertility po tomto vysoce rizikovém výkonu.

Současné chirurgické přístupy u karcinomu endometria v Evropě: výsledky mezinárodního dotazníkového průzkumu

Sehnal B.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Gynekologicko-porodnická klinika, Praha

Na jaře 2026 pod záštitou CEEGOG (Central and Eastern European Gynecologic Oncology Group) proběhla dotazníková studie mapující diagnostické a terapeutické postupy u pacientek s karcinomem endometria (EC). Průzkumu se zúčastnilo celkem 72 onkogynekologických center z 18 evropských zemí (14 center z ČR). Dotazníkový průzkum ukázal významný obecný posun k robotické chirurgii. Zatímco v roce 2020 činil průměrný institucionální podíl roboticky asistovaných hysterektomií (RTH) u pacientek s karcinomem endometria (EC) 15,8 %, v roce 2025 dosáhl 50,0 % (p Pokud je v rámci chirurgie pro EC prováděna systematická lymfadenektomie, tak v případě pánevní lymfadenektomie je nejčastější robotická chirurgie (39%), následovaná laparoskopickým (35%) a abdominálním přístupem (26%). V případě paraaortální systematické lymfadenektomie převažuje abdominální chirurgie (49%), následovaná laparoskopickým (30%) a robotickým přístupem (21%). V ČR, pouze jedno centrum (7.1%) provádí pánevní lymfadenektomie abdominálně, dvě centra laparoskopicky (14.3%) a zbytek roboticky (11/14; 78.6%). Naopak, paraaortální systematická lymfadenektomie je operována v ČR nejčastěji abdominálně (7/14 center; 50.0%), dále roboticky (5; 35.7%) a laparopicky (2/14; 4.3%). Přednáška shrnuje současné rozdíly v diagnostických a chirurgických postupech u pacientek s karcinomem endometria v evropských onkogynekologických centrech se zvláštním zaměřením na Českou republiku a dokumentuje výrazný posun českých center směrem k robotické a minimálně invazivní chirurgii.

Atypický parazitární leiomyom s deficitem fumarát hydratázy

Matějů K., Višňa M., Lukavec V., Mára M.

Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze

Pracoviště: Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze Úvod: 42letá žena plánovaná k výkonu TLH z důvodu symptomatické myomatózy dělohy s anamnézou laparoskopické myomektomie s morcelací provedené v roce 2012 v jiném zdravotnickém zařízení. Cíl: Prezentovat vzácný peroperační nález atypického parazitárního leiomyomu při totální laparoskopické hysterektomii (TLH), včetně postupu jeho kompletní resekce a následné histologické verifikace jako fumarát hydratázy (FH) deficientního leiomyomu. Kazuistika: Ultrasonografické vyšetření prokázalo výrazně zvětšenou dělohu o rozměrech 172 × 114 mm s četnými myomatózními uzly. V Douglasově prostoru byla současně identifikována samostatná expanzivní léze velikosti přibližně 80 × 30 mm, vysoce suspektní z parazitárního leiomyomu. V první fázi byla provedena systematická laparoskopická explorace malé pánve. Děloha byla výrazně zvětšená a deformovaná četnou myomatózou. Na serózním povrchu rekta byla identifikována parazitární léze velikosti přibližně 70 × 50 mm s atypickým makroskopickým vzhledem. Současně byly na parietálním peritoneu malé pánve přítomny četné fokální léze. TLH byla provedena standardní technikou za použití čtyřportového laparoskopického přístupu se supraumbilikálně zavedenou optikou. Preparát byl morcelován v ochranném vaku a dále vaginálně extrahován. Následně byly všechny makroskopicky patrné léze kompletně resekovány. Vzhledem k absenci známek hluboké infiltrace či invazivního růstu do okolních struktur nebyla nutná resekce přilehlých orgánů. Poranění ani perforace rekta nebyly peroperačně zaznamenány, což bylo ověřeno pomocí zkoušky těsnosti. Seróza rekta byla následně preventivně plikována. Nádory byly histologicky identifikovány jako leiomyomy s deficiencí fumarát-hydratázy a oblastmi výraznějších regresivních změn, klasifikované jako STUMP (Smooth Muscle Tumor of Uncertain

Malignant Potential). Závěr: Podle našich dostupných znalostí se jedná o první popsany případ parazitárního leiomyomu s deficitem FH. Nález podporuje hypotézu iatrogenní diseminace leiomyomatózní tkáně do peritoneální dutiny v souvislosti s předchozí chirurgickou intervencí při použití morcelace leiomyomu. Tento mechanismus má zásadní klinický význam zejména v případě nádorů typu STUMP či maligních lézí, u nichž může morcelace vést k intraperitoneálnímu rozsevu nádorové tkáně.

Intraoperační ultrasonografie při roboticky asistované laparoskopické myomectomii

Větrovský L.

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

Intraoperační ultrazvuk u roboticky asistované laparoskopické myomektomie a jeho přínos v posunu limitů laparoskopické chirurgie ve smyslu přesné lokalizace intramurálních myomů, zejména v případech mnohočetných nebo drobných lézí, které nejsou při makroskopickém pohledu na dělohu jednoznačně identifikovatelné. V rámci fertility-sparing výkonů využíváme kombinaci endoskopické ultrazvukové sondy a funkce TilePro robotického systému da Vinci, která umožňuje současné zobrazení ultrazvukového obrazu v operačním poli. Intraoperační ultrasonografie poskytuje chirurgovi aktuální informaci o přesné lokalizaci myomu, jeho hloubce, vztahu k endometriální dutině a okolnímu myometriu respektive umožňuje cílené vedení incize a enukleace myomu.

MĚJTE ZDRAVÍ POD KONTROLOU V APLIKACI MOJE VZP



Stáhnout aplikaci

S aplikací Moje VZP vyřešíte vše důležité během pár minut. Můžete zde například:

- ▶ požádat o příspěvky z fondu prevence
- ▶ kontrolovat čerpání zdravotní péče
- ▶ hlídat platby pojistného
- ▶ zobrazit elektronickou verzi průkazu pojištěnce pro vás i vaše děti

www.vzp.cz/mojevzp



**congress
prague**

VYŠEHRADSKÁ 430/41
128 00, Praha 2
ČESKÁ REPUBLIKA
TEL.: +420 241 445 759
E-MAIL: OFFICE@CONGRESSPRAGUE.CZ
WEB: WWW.CONGRESSPRAGUE.CZ