

Prof. Mottrie: od roku 2002 provádíme radikální prostatektomii už jen roboticky

Koncem října loňského roku se v Clarion Congress Hotelu v Olomouci uskutečnila 61. výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP. V rámci odborného programu bylo prezentováno 146 originálních sdělení (diskutovaných i nediskutovaných posterů, videoprezentací). Vedle českých a slovenských urologů byli mezi přednášejícími i vyzvaní zahraniční řečníci, kromě jiného i **profesor Alexandre Mottrie** z Belgie, prezident Evropské urologické robotické společnosti, který přednesl sdělení na téma Future and new developments of robotics in Urology. Během kongresu si pak prof. Mottrie udělal čas i na dotazy novinářů.

I Robotickými operacemi v urologii se zabýváte už od roku 2001, jste průkopníkem v této oblasti. Jak jste se k tomuto typu operací dostal?

Začínal jsem v německém Mainzu, kde jsem dělal mnoho otevřených operací, ale žádné miniinvazivní výkony. Než jsem se vrátil do Belgie, byl jsem na stáži v St. Louis, kde jsem se učil laparoskopické operační techniky. Poté jsem se vrátil do Belgie a začal tam s programem klasické laparoskopie. Ale vlastně už v roce 1999 za mnou přišel kolega, kardiologický chirurg, a řekl mi „Alexi, existuje robot, kterého chci použít na operaci srdce, a jsem si jist, že v budoucnu ho budeš moci použít také.“ A pak pokaždé, když jsem dělal klasické laparoskopické výkony, jsem se na toho robota díval, jak stojí na našem operačním sále. V té době začal Mani Manon s robotickou prostatektomií. Zúčastnil jsem se WCE (The Endourological Society's annual World Congress of Endourology), kde jsem si poslechl přednášku Maniho Manona, a tak jsem vlastně začal. Nejprve jsem trénoval na mrtvolách, kombinoval jsem své zkušenosti z otevřených a laparoskopických operací, a pak jsem začal provádět robotické operace.

I Pokud si vedete statistiku, kolik máte nyní za sebou provedených robotických výkonů? Setkáváte se i nyní, po letech praxe, s nějakými překvapeními během operací? Nebo je to pro vás už rutina?

V současnosti jsme na naší klinice provedli více než tři tisíce výkonů, ale vůbec nemám spočítáno, kolik operací jsem prováděl jinde – např. v rámci živých přenosů atd. Řekněme, že mám za sebou asi

čtyři tisíce výkonů. Ale neřekl bych, že jsme světovou jedničkou v počtu provedených výkonů. Také je potřeba zmínit, že rok od roku stoupá počet případů, které řešíme, roste počet pacientů, což přikládám publicitě i referencím pacientů, kteří výkon pomocí robota podstoupili. Zvyšuje se také počet indikací – začínali jsme jen s prostatou, pak jsme přidali cystektomii, potom výkony na ledvinách, pak jsme začali s intrakorporálními derivacemi v rámci cystektomie, takže se dá v nadsázce říci, že momentálně děláme v našem centru roboticky „všechno“ s výjimkou cirkumcize.

I Věnujete se ještě i klasickým otevřeným a laparoskopickým operacím, nebo už jen robotické chirurgii?

V tuhle chvíli máme na našem pracovišti k dispozici tři klinické roboty, což znamená, že máme přístup k robotovi, kdykoli potřebujeme. V praxi to znamená, že jsme opustili jak otevřené, tak laparoskopické operační výkony. Jednak si myslíme, že laparoskopické operace jsou krokem zpět, a proto je nechceme dělat, ale na druhou stranu jsme ještě donedávna tvrdili, že bychom měli dál provádět radikální nefrektomie laparoskopicky jen kvůli tomu, aby naši rezidenti měli dostatek praxe s laparoskopickými operacemi. Teď ale říkáme pravý opak. Nyní říkáme, že musíme dělat radikální nefrektomie roboticky právě proto, abychom zdokonalovali naše kolegy a rezidenty v tom, jak provádět robotické operace.

Otevřené operace již v podstatě neprovádíme, protože věříme, že jsme schopni operovat za pomoci robota lépe. Jedině extrémně velké nádory ledvin nebo nádory s rozsáhlým trombem v dolní duté žíle zasahujícím až k srdci

představují výjimky, při kterých bychom asi preferovali otevřenou operaci, ale to jsou zcela ojedinělé případy.

I V roce 2010 jste založil OLV Vattikuti Robotic Surgery Institute (ORSI), multidisciplinární školu robotické chirurgie. Jaké typy výkonů zde vyučujete? Zaměřujete se v institutu jen na urologii, nebo i na jiné obory (gynekologické výkony atd.)?

ORSI začalo svoji činnost jako odnož nemocnice, ve které pracuji, a zároveň jsme součástí Vattikuti foundation network. ORSI je zkratkou pro OLV Robotic Surgery Institute. Přednědávám jsme změnili název institutu, nyní je to ORSI Academy. Chceme totiž vytvořit evropskou platformu pro specifický tré-

atd. Také už provádíme endovaskulární trénink, začali jsme s endourologickým tréninkem a už se k nám přibližuje i oční chirurgie, takže opravdu hodně expandujeme. Přemýšlíme o stavbě úplně nové budovy, která by měla splňovat koncept inkluзивity, to znamená, že chceme toto zařízení nabídnout celé Evropě.

I Jaký je v Belgii přístup pacientů, kteří mají podstoupit chirurgické ošetření v případě karcinomu prostaty? Preferují otevřenou, laparoskopickou, nebo robotickou chirurgii?

Od roku 2002 jsme neudělali ani jednu otevřenou nebo laparoskopickou radikální prostatektomii. Když provádíme velmi rizikové operace, pomoci robota si můžeme dovést provést velice, veli-

Věřím, že moje působení v rámci EAU je velice důležité. Založil jsem ERUS (European Robotic Urological Society), což byla nezávislá společnost. Před třemi lety jsme se rozhodli stát se součástí EAU, což z ERUS učinilo jednu ze sekcí EAU, ale zato jsme ztratili nezávislost. Díky tomuto kroku jsme nyní uspěli při tvorbě osnov pro robotickou chirurgii, které už jsou schváleny, což je veliký úspěch, protože nyní můžeme rutinně trénovat lékaře. Našli jsme prostředky ke sponzorování mladých lékařů, aby mohli dostat ten nejlepší trénink v této nové metodě, které opravdu věříme. Máme možnost investovat získané prostředky také do vědeckého výzkumu. Není to proto, že věříme, že robotické operace jsou dobré, my to chceme dokázat. Abychom to mohli dokázat, potřebujeme prospektivní multicentrická data. Máme je nyní k dispozici pro radikální prostatektomii, resekci ledviny a cystektomii. To je myslím velice důležitá role pro EAU a ERUS jako její sekci.

I V roce 2015 jste slavili v České republice desáté výročí robotické chirurgie. Jaký je váš názor na další vývoj robotické chirurgie – např. v dalším desetiletí?

V souvislosti s tím bych chtěl pogratulovat České republice, protože oslavit v roce 2015 už desáté výročí, to z vás činí jednu z prvních zemí, kde se robotická chirurgie začala provádět. Měl jsem to štěstí, že v roce 2008 byl v Praze na meetingu ERUS, kde jsme dělali živé přenosy operací z Ústřední vojenské nemocnice. Musím říci, že už tenkrát to bylo jedno z nejmodernějších a velice profesionálních zařízení. I k tomu bych chtěl České urologické společnosti poblahopřát.

Dalšímu rozvoji robotické chirurgie ve více centrech podle mě brání hlavně nedostatek financí. Potýkáme se se současným monopolním systémem dodavatelské společnosti. Velice doufám v to, že v nejbližší budoucnosti další společnosti představí nové typy robotů, což by mělo snížit ceny na trhu.

Jakmile budou ceny nižší, pak již nic nebude bránit prosadit to, čemu věříme, tedy že jedinou správnou cestou, kterou se v chirurgii vydat, je robotika. Podívejte se do své kuchyně, vše se robotizuje, tak proč by tomu tak nemělo být i v medicíně? **ban**



Prof. Alexandre Mottrie

nink miniinvazivní chirurgie, ne jen robotiky a urologie, ale také laparoskopie a vaskulárních mikroskopických operací atd. Nyní hledáme mezinárodní odborníky, kteří by se chtěli připojit k našemu týmu a školit další lékaře. Momentálně se zaměřujeme hlavně na trénink robotiky. Ze začátku jsme se soustředili pouze na trénink urologů, ale v současnosti se věnujeme urologii méně než z padesáti procent. Provádíme hodně školení v gynekologii, břišní a hrudní chirurgii

ce radikální prostatektomii, radikálnější, než jakou bychom byli schopni udělat při otevřené operaci. Můžeme také provést extenzivní lymfadenektomii, takže věřím, že tu momentálně není jediná indikace, u které bychom preferovali otevřenou operaci.

I Je známo, že se angažujete v Evropské urologické společnosti. Jaká je zde vaše pozice a jakých cílů chcete v rámci svého působení v EAU dosáhnout?

Jaké cíle si klade pro další období staronové vedení ČUS?

POKRAČOVÁNÍ ZE STRANY B1

Pokud lékaři v době mateřské dovolené budou mít zájem, budeme se snažit jim umožnit účast na konferencích a dalších odborných akcích za finančně výhodnějších podmínek. Také jsme jim po dobu rodičovské dovolené snížili na minimum členskou poplatky. Bude jistě nutno diskutovat i o praktických aspektech návratu po mateřské dovolené, např. o zkrácených úvazcích, byt to není v přímé kompetenci odborné společnosti.

I Zmiňoval jste, že jedním ze strategických cílů v nadcházejícím období bude podpora vstupu nových technologií. Kterých novinek by se mohla týkat?

Urologie jako obor vždy hrála významnou roli v rozvoji miniinvazivní operativy. Rádi bychom dosáhli toho, aby robotické operace přestaly být vnímány jako plýtvání veřejnými prostředky a napopak si našly své adekvátní místo v klinic-

ké praxi coby nejmodernější a perspektivní miniinvazivní operační technika, která kromě miniinvazivity s sebou přináší i celou řadu dalších výhod. Z pohledu využití robotické operativy bohužel v současné době za velkou částí vyspělé Evropy dosti zaostáváme. Dokumentujeme to například fakt, že v urologii je v ČR hrazena z veřejného zdravotního pojištění pouze roboticky asistovaná radikální prostatektomie. V zahraničí se však běžně provádějí i roboticky asistované resekce ledviny pro nádor, na experimentální úrovni se získávají zkušenosti i s dalšími výkony, jako je robotická radikální cystektomie.

Dodejme, že záchovný výkon, tedy resekci ledviny, lze provést klasickou otevřenou cestou nebo miniinvazivně – laparoskopicky nebo roboticky. Problém je v tom, že řada nádorů ledvin je v takové anatomické lokalizaci, že je laparoskopicky obtížně dostupná. Operační robot jednoznačně zvyšuje procento pacientů,

u nichž lze nádor ledviny operovat miniinvazivně. Tím také narůstá množství nemocných, kteří nemusejí podstoupit nefrektomii, ale je u nich proveden záchovný výkon, tedy resekce.

I Jsou na obzoru nějaké novinky i v oblasti diagnostiky?

Velká pozornost je věnována např. fúzní biopsii prostaty. Standardně se dnes biopsie provádí za ultrasonografické transrektální kontroly a punktuji se suspektní ložiska. V případě fúzní biopsie však softwarové propojení výsledků multiparametrické magnetické rezonance s ultrasonografickým nálezem provedení punkce velmi zpřesňuje, protože zohledňuje i nález na MR. Předpokládá se, že fúzní biopsie by byla indikována jen u vybrané skupiny pacientů, například těch, kteří mají negativní předchozí biopsii.

Kromě toho bychom rádi dosáhli také stanovení úhrady řady moderních

diagnostických a terapeutických metod, např. fluorescenční cystoskopie, aplikace farmak do stěny měchýře u jeho dysfunkcí či komplexních urodynamických vyšetření.

I A jaké novinky můžeme očekávat ve farmakoterapii?

Velmi očekáváme účinnější systémovou léčbu nádorů močového měchýře. Na obzoru jsou látky na bázi imunoterapie, jejichž účinnost a bezpečnost se ale musí ještě potvrdit v klinických studiích. Nadějně by mohly být i některé nové testované molekuly pro hormonální léčbu karcinomu prostaty. Druhou oblastí je možné rozšíření indikačních kritérií u již používané farmakoterapie. Snahu rozšířit současnou hormonální léčbu do časnějších stadií pozorujeme např. u karcinomu prostaty.

I Jedním z aktuálních témat současnosti je také sběr a analýza dat o po-

skytované zdravotní péči. ÚZIS se pod vedením doc. Duška mimo jiné snaží nastavit efektivnější spolupráci s jednotlivými odbornými společnostmi. Jak tyto snahy vnímáte?

Kvalita dat o úrovni urologické péče, které nově od ÚZIS dostáváme, zejména v onkourologii, se dramaticky zlepšila, což považuji za velmi pozitivní. Díky tomu máme nyní mnohem přesnější představu o počtech jednotlivých výkonů, které se v našem oboru provádějí, i o jejich výsledcích. Výsledky přežití, počty komplikací nebo rehospitalizací pak zpřesňují pohled na kvalitu poskytované péče. Zbývá definovat, jaké typy výstupů z podrobnějšího mapování urologické péče by pro nás byly do budoucna užitečné. Cílem je hledat cesty ke zlepšování dostupnosti a kvality péče, ale i získat data pro jednání s plátcí či státními orgány, aby systém byl lépe připraven na reálné potřeby pacientů. **ton**