

SOUČASNÝ STAV NEUROENDOSKOPIE ZPRÁVA Z II. SJEZDU ISGNE (NEAPOL 2003)

doc. MUDr. Zdeněk Novák, CSc., MUDr. Jan Chrastina, Ing. Ivo Říha
Neurochirurgická klinika FN u sv. Anny v Brně

Second World Conference of the International Study Group on Neuroendoscopy (ISGNE) se konala v Neapoli ve dnech 11.–13. září 2003. Na konferenci odeznělo téměř 60 přednášek, většinou z domácí Itálie, ale i z Německa, Anglie a Francie vedle Japonska a dalších účastníků z Evropy, Asie a Ameriky. Podobné zastoupení bylo i v sekci 20 posterů a 10 videoprojekcí.

Hlavní komplex přednášek se týkal endoskopické léčby různých forem hydrocefalu, a to nejen při stenóze akveduktu, ale též při izolované IV. mozkové komoře, Chiariho syndromu, cystě Rathkeho výchlípy, nebo obstrukce foramen Monroi, a to u dospělých, ale i dětí (včetně novorozenců do dvou let). Nejčastější operací je fenestrace spodiny III. mozkové komory, ETV, která je u pediatrických pacientů úspěšná v 60–100% (Metha), s výjimkou případů, kdy tloušťka kortikální vrstvy nepřesahuje 1cm.

Alternativou při stenóze akveduktu je plastika akveduktu Fogartyho balonkovým katétrem č. 3. Při sekvestrované IV. mozkové komoře se navrhuje drenáž akveduktu, která se napojí na peritoneální shunt. Doporučuje se však použít na překonání stenózy také stent (Sagan), ale třeba přitom počítat s dočasnými příznaky z mozkového kmene, zvláště s poruchou pohledu vzhůru anebo rotačním nystagmem. Úspěšnější je řešení ze subokcipitálního přístupu (Fritsch).

ETV u hydrocefalu při meningomyelokele není účinná snad proto, že se nevyvinuly arachnoidální granule (Walker).

Koloidní cysty III. mozkové komory se v současnosti řeší jen endoskopicky při dokonalé hemostáze.

Pokud jde o výsledky ETV, snad souvisí s rozsahem hydrocefalu, pro který Kehler navrhuje vlastní škálu. Ovšem predikce úspěšnosti ETV podle tlakových zkoušek a také kontrola

výsledků podle nich není zcela spolehlivá. Proto se dává přednost kontrole s využitím flow MRI, ale i měření ICP před a po zákroku (Bellotti), případně měření výtokové rezistence, zjištěné lumbální cestou (Azeddine). Za spolehlivé se pokládá i hodnocení relativního zmenšení mozkových komor.

Sjednocuje se též názor na multilokulární hydrocefalus při současné obstrukci několika úžinových cest cirkulace likvoru, anebo za přítomnosti sept v komorovém systému po zánětech nebo krvácení. Endoskopicky je třeba zásadně všechny izolované kompartmenty spojit do jedné dutiny, kdy vedle ETV je vhodná i septostomie (da Costa Val). Septostomie však byla věnována samostatná přednáška doc. Nováka z Brna, ve které se poprvé zdůraznil i její význam při tlaku likvoru na velikost plochy komorové stěny, a to i za endoskopické irigace.

Přerušení prepontinních adhezí se při ETV požaduje také u extraventrikulárního intracisternálního hydrocefalu (Kehler).

U komunikujícího hydrocefalu se znovu zkouší koagulace chorioidálního plexu (Edwards), ale výsledky jsou nejisté, podobně jako při normotenzním hydrocefalu.

Zvláštní pozornost se věnovala endoskopické léčbě cysticerkózy, zvláště v prostoru mozkových komor, kdy se volné formy cysticerky v rozšířených komorách a ani na CT nebo na MRI nedaří prokázat. Endoskopická léčba je však velmi účinná.

V endoskopii arachnoidálních cyst je třeba rozlišovat jednak přístup k cystám na středové rovině mozku, midline cyst, zvláště v oblasti pineální a quadrigeminální, v oblasti bazálních cisteren a cisteren v zadní jámě lební, a jednak přístup k cystám v oblasti mozkových laloků. Často se řešení středových nebo též axiálních cyst mozku přenechává mikrochirurgické technice. Příčinou toho je však

skutečnost, že se nepoužívá přesný navigační systém (Karabatsou), který se ukazuje jako nutný pro endoskopii.

V sekci videoprojekce se první ukázky dostalo doc. Novákovi, který předvedl endoskopickou léčbu cystického hemangioblastomu. Většina dalších ukázek se však týkala asistované endoskopie při mikrochirurgických operacích nádorů mozku.

Vlastní mozková endoskopie se však uplatňuje v léčbě mozkových krvácení (Barbagallo) a přímý endoskopický zákrok transnázální cestou se využívá na dosažení hypofýzy (Kubota).

Ve volných tématech převládaly technické problémy a pokroky v endoskopii, někdy prověřované na anatomických preparátech, zvláště transciliární subfrontální přístup do přední jámy lební anebo transkondylární přístup do zadní jámy pro zákroky na hlavových nervech. Zdůraznilo se i použití laseru ve speciální úpravě, aby se jeho výkon pohyboval mezi 0,4 až 4 J (Vandertrop).

V posterové prezentaci se nacházely ukázky endoskopické operační techniky řešení v podobných indikacích podmínkách, o kterých pojednávaly přednášky, a to ve větších, ale i malých sestavách operovaných.

Závěr konference byl věnován spinální endoskopii paramediální cestou při onemocnění lumbální nebo torakální ploténky a předním přístupem v cervikálním segmentu páteře. Pozornosti se dostalo i endoskopické léčbě palmární hyperhidrózy výkonem na torakálním sympatiku za použití několika portů z volné ruky.

Účast a průběh konference ukázal, že v neurochirurgii nastupuje nová generace odborníků, spojená s minimálně invazivní endoskopickou technikou, která vstupuje do všech úseků disciplíny a postupně mění její tradiční obsah i zaměření.