

Komentář k práci Drlík P, Čermák M. Rekonstrukce bulbární uretry po rozsáhlém zánětlivém abscedujícím procesu v oblasti hráze na podkladě cizího tělesa (video) Ces Urol 2020; 24(2): 90–93

Autoři prezentují málo frekventní nález abscesu v oblasti perinea spojený s poraněním uretry cizím tělesem. Zdůrazňují naprosto správně metodiku přístupu k těmto afekcím s ohledem na racionální postup v souvislosti s rekonstrukcí uretry.

Uvedený případ možno zařadit do kategorie tzv. „urethral stricture disease“, kde inflamace vede k různému stupni spongiofibrózy, která se šíří od poranění oběma směry a postihuje tak zúžením mnohem delší část uretry. Proto je preferována substituční uretroplastika před end to end anastomózou i v případě, že by tato rekonstrukce byla technicky proveditelná.

Naopak tzv. „urethral stricture“, striktura uretry, která vzniká následkem instrumentace či úderu v bulbární oblasti, představuje zpravidla velmi krátké zúžení spojené s místními změnami vaskularity uretry. V této kategorii, kde je lumen uretry ve velmi krátkém úseku redukováno na 5 Ch, má naopak end to end anastomóza dobré pooperační výsledky. Je nejjednodušší a rychlou formou rekonstrukce s minimální četností pooperačních komplikací, kam nutno zařadit zejména postmikční driblink, erektilní dysfunkci či problémy s ejakulací.

Za jednoznačně správné je nutno považovat založení punkční epicystostomie. Dlouhodobá inzerce permanentního katétru, který prochází zánětem těžce postižené uretry a jejího okolí, může bránit kvalitní pooperační ošetrovatelské péči, navíc není pro pacienta komfortní nejenom pro vlastní přítomnost, ale i pro jeho poměrně časté výměny v prvním pooperačním období.

Vícedobé řešení je zárukou úspěšné léčby, jak je zde prezentováno. Toto je základní a důležitý odkaz této prezentace. Je pozoruhodné, jak si Johansonova technika, poprvé prezentovaná v 50. letech minulého století, udržuje stále svou indikaci. V první době autory provedená sutura kůže s okraji uretrální ploténky vytvořila provizorní perineální uretostomii, kterou je často možné, po sanaci zánětu, využít i pro spontánní močení v sedě. Taková situace dovoluje odstranit epicystostomii a debacilovat moč před další fází rekonstrukce. Nutno však varovat před snahou vytvořit v první době rekonstrukce v zánětlivém terénu např. trvalou perineální uretostomii pomocí živého laloku (Barbagli), neboť je velká pravděpodobnost jejího selhání. Vedle zmíněné derivace moče punkční epicystostomií je při iniciálním ošetření důležité vytvořit široký otevřený přístup do oblasti postižené zánětem, zajištěný drény. V pooperační péči je, vedle celkově podávaných antibiotik s dobrou citlivostí na agens, vhodné využít antibiotikum i místně v rozvodu například s aquou pro injectione. Často jsou využívány i proplachy s persterilem či peroxidem, a to i několikrát denně.

Interval mezi operacemi je nutno jistě volit individuálně, dle lokálního nálezu. Delší časový interval než tři měsíce je určitě vždy výhodou, zvláště pokud by se jednalo o rozsáhlejší rekonstrukci než byla provedena v tomto případě. Pokud by uretrální ploténka nebyla dostatečně kvalitní, je možné zvážit její rekonstrukci pomocí bukálního štěpu. V případě, že zánětlivý proces zcela zklidviduje část uretry, její substituce v oblasti perinea opět probíhá v odstupu minimálně tří měsíců

v závislosti na rozsahu zánětlivého procesu, a to nejčastěji přenosem bukálního štěpu. Rekonstrukce se tak prodlužuje o další dobu, tubulizaci.

Jak bylo již zmíněno, v roce 1953 poprvé představil Bengt Johanson svou vícedobou rekonstrukci. I druhá doba rekonstrukce má svá základní technická pravidla, která je nutné dodržet. Po ostrém uvolnění okrajů uretry skalpelem by následná preparace měla být vedena laterálně od uretry nikoliv k uretře nebo dokonce pod ní, hrozí pak devitalizace okrajů, jejichž následná sutura může vést k rozvoji nové striktury.

Po finální rekonstrukci uretry je permanentní katétr Ch 16, zavedený transuretrálně, zpravidla extrahován

po třech týdnech, pokud je mikční cystourethrografie bez známek paravazace a pacient místně zhojený.

Správná metodika léčby, kvalitní technické provedení a pečlivá pooperační péče nejsou vždy zárukou úspěchu. Nedodržení těchto principů však jednoznačně vede k naplnění cynického, ale pravdivého hesla „Once a stricture, always a stricture“, které je dobře známé z minulosti.

MUDr. Jaroslav Ženíšek, Ph.D.

Urologické oddělení

Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

Gen. R. Tesáříka 80, 261 01 Příbram

Příbram, 31. května 2020