

s využitím pozitronové emisní tomografie jsou velmi omezené. V případech dlouhodobého sledování je nutno kalkulovat s eventuální radiační zátěží, protože i ta zvyšuje riziko sekundárních malignit atd.

Je proto třeba do režimu dispenzárních kontrol zařadit pravidelné endoskopie v ročních intervalech, obvykle se doporučuje s endoskopickými kontrolami začít 5–10 let po výkonu (9, 10, 12). Použití moderních flexibilních přístrojů výrazně toto vyšetření zjednodušilo, takto se stávají dostupné i eventuální přívodné kličky střeva od močovodu k vlastní náhradě.

Při včasné diagnóze sekundárního tumoru v použitém střevním segmentu lze radikálním výkonem zahrnujícím rekonstrukci s použitím dalšího segmentu střeva pacienta ošetřit jak z onkologického hlediska, tak z hlediska obnovy funkci vývodných cest močových (11).

ZÁVĚR

V případech použití střevního segmentu k náhradě části močového traktu je nutné pomyslet na možný vznik karcinomu v této části střeva. Je proto třeba pacienty doživotně patřičně dispenzarizovat a endoskopicky sledovat i s ohledem na tuto možnou pozdní komplikaci. Obvykle lze vznik karcinomu předpokládat deset a více let po operaci.

Věnováno památce zakladatele urologického oddělení v Ústí nad Labem doc. MUDr. Jiřímu Mišovi, CSc., který položil základ Klinice urologie a robotické chirurgie MNUL a v roce 1984 provedl poměrně ojedinělou augmentaci močového měchýře pomocí detubulizovaného střevního segmentu.

LITERATURA

1. **Hammer E.** Cancer du colon sigmoïde dix ans après implantation des ureters d'une vessie extéropie. *Journal of Urology* 1929; 28: 260–263.
2. **Leadbetter GW, Zickerman P, Pierce E.** Ureterosigmoïdeostomy and carcinoma of the colon. *J Urol* 1979; 121: 732–735.
3. **Leedham PW, England HR.** Adenocarcinoma developing in an ileocystoplasty. *Br J Urol* 1973; 60: 158–160.
4. **Moorcraft J, DuBoulay CEH, Isaacson P, et al.** Change in the mucosa of colon conduits with particular reference to the risk of malignant change. *J Urol* 1983; 55: 185–188.
5. **Kirby RS, Loyd-Davis RW.** Adenocarcinoma occurring within a cococystoplasty I 2013. *British journal of urology* 1985; 57.3: 357-358.
6. **Austen M, Kalble T.** Secondary malignancies in different forms of urinary diversion using isolated gut. *J Urol* 2004; 172: 831–838.
7. **Lavelle J, Shenot P, Smith C, Chancellor MB.** Re: secondary malignancies in different forms of urinary diversion using isolated gut. *J Urol* 2005; 173: 1831, author reply 1832.
8. **Kälble T, Hofmann I, Riedmiller H, Vergho D.** Tumor growth in urinary diversion: a multicenter analysis. *Eur Urol* 2011; 60: 1081–1086.
9. **Bell MA, Wright EJ, Fang SH, Johnson MH, Sopko NA.** Management of advanced adenocarcinoma in Indiana Pouch urinary diversion. *Urol Case Rep.* 2018; 17: 53–55.
10. **Sherman B, Taylor F.** Adenocarcinoma in a Koff urinary ileal diversion. *Urol Case Rep.* 2017; 13: 126–127.
11. **Honeck P, Kienle P, Huck N, Neisius A, Thüroff J, Stein R.** Adenocarcinoma in continent anal urinary diversion: is sigma rektum pouch surgical option after failed ureteroileostomy? *Urology* 2017; 103: 209–213.
12. **Skalka R, Kočvara R, Dítě Z, Dvořáček J, Hanuš T.** Srovnání dlouhodobých výsledků u pacientů po augmentaci močového měchýře ileálním a gastrickým segmentem. *Ces Urol* 2013; 17(2): 109–117.