

17,5 ml/s a cévkovaným reziduem 50 ml (Obr. 4). Po půl roce sledování pacient pokračuje v zavedeném režimu ČÍK 1x denně po večerním močení, naměřená rezidua 50 ml.

DISKUZE

Chlopeč zadní uretry je nejčastější příčinou obstrukce dolních močových cest u chlapců a obstrukční uropatie, která může způsobit až renální selhání v dětském věku. Jedná se o vrozenou vadu, kdy se vyvinou slizniční řasy v zadní uretře. Jde o komplexní poruchu, tvořenou nejen mechanickou překážkou v močové trubici, ale i sekundární poruchou funkce detruzoru (1). Incidence onemocnění je 1 z 5 000–8 000 živě narozených chlapců.

Nejčastěji se chlopeč diagnostikuje prenatálně pomocí ultrazvukového vyšetření s nálezem bilaterální hydronefrózy plodu a distenzí močového měchýře. Asi u 10 % chlapců je chlopeč zadní uretry diagnostikován později, ve školním nebo adolescentním věku (2). Mezi symptomy u pozdní manifestace chlopně se řadí enuresis nocturna (67 %), frekventní mikce (60 %), mikrohematurie (30 %), močové infekce (17 %), hydronefróza (47 %) a postmikční reziduum (81 %) (3). Renální insuficience byla zaznamenána u 35 % a v 10 % případů konečné stadium renálního selhání (4). V diagnostice provádíme nejprve neinvazivní zhodnocení funkcí dolních močových cest pomocí pitné-mikční karty, uroflowmetrie a ultrazvukového vyšetření močových cest. Tato vyšetření nebývají spojena s obtížemi, děti starší 5–6 let obvykle dobře spolupracují a jsou schopny se na povel do uroflowmetru vymočít. U nově vzniklých klinicky významných známek dysfunkce musíme také pomýšlet na některý z pedopsychiatrických problémů (ADHD, autismus) nebo dekompenzaci nepoznaného neurologického onemocnění, a proto by u všech dětí mělo být indikováno neurologické vyšetření. Při podezření na subvezikální obstrukci v novorozeneckém a kojeneckém věku je standardním zobrazovacím vyšetřením mikční cystoure-

grafie (MCUG). Slouží nejen k posouzení tvaru uretry, ale též k vyloučení možného sekundárního vezikoureterálního refluxu. U nově vzniklých příznaků svědčících pro možnou subvezikální obstrukci v pozdějším věku zvažujeme v diferenciální diagnóze i získané formy obstrukce. Uretrocystografie (UCG) je proto vhodnějším zobrazovacím vyšetřením než MCUG. Prepubertální a časně pubertální chlapci zpravidla při UCG bohužel málo spolupracují a rtg zobrazení také není dostatečně senzitivní pro záchyt menších chlopní. Ůzen poukázal na fakt, že chlopeč zadní uretry nemusí být vždy na MCUG zaznamenána (8). Proto je v tomto věku vhodnější provést cystoureteroskopii, která umožňuje spolehlivě odhalit i menší chlopně zadní uretry.

Postnatálně je chlopeč zadní uretry u dětí léčena bezprostředně po porodu. Při dobrém stavu dítěte je indikováno endoskopické řešení studenou discízi chlopně, ale pokud je významná renální insuficience nebo sepse, pak se nejprve dítěti zajistí vezikální derivace epicystostomií či vezikostomií. Zlatým standardem k ověření diagnózy je cystoureteroskopie, která odhalí i menší chlopně a v jedné době se provede i její discize (7). I přes subjektivní zlepšení mikce u 63 % pacientů přetrvávají po operaci známky obstrukční mikce a u 38 % pacientů se postupně vyvine chronická renální insuficience (3). Bomalaski zjistil, že inkontinence, dysurie a slabý proud moči ustoupily u 18 % a zlepšily se u 45 %, zatímco funkce ledvin se zhoršila u 10 % (4).

Náš pacient měl mírnější formu chlopně zadní uretry s mírnějšími projevy mikčních potíží a bez významného poškození horních močových cest, proto manifestace a diagnostika proběhla až v adolescentním věku. Dalšími faktory pozdního záchytu bude pravděpodobně i probíhající puberta s růstem prostaty. Vzhledem k obtížím a nálezům jsme pacienta indikovali k cystoureteroskopii, která je považována za nespolehlivější metodu. Po endoskopické discizi nedošlo ke zlepšení maximálního průtoku při močení, ale zredukovala se významně rezidua po mikci. Nález hladkých stěn močového měchýře, bez známek trabekulizace na cystoskopii a jeho normální