

O. Kóhler¹, P. Havlík², M. Hájek³, P. Drlík

¹Urologické oddělení ÚVN Praha
přednosta MUDr. O. Kóhler, CSc.

²Chirurgické oddělení ÚVN Praha
přednosta MUDr. L. Lednický

³Subkatedra urgentní medicíny VLA JEP
Hradec Králové
vedoucí MUDr. Z. Klézl, CSc.

UZÁVĚR ROZSÁHLÉ URETROREKTÁLNÍ PÍŠTĚLE KOMBINOVANÝM PŘÍSTUPEM ZE ZADNÍ REKTOTOMIE A ENDOSKOPICKOU RESEKČÍ PÍŠTĚLOVÉHO KANÁLU

KLÍČOVÁ SLOVA

Uretrorektální píštěl
Zadní rektotomie
Endoresekcce

SOUHRN

Uretrorektální píštěle jsou vzácným, ale závažným onemocněním. Získané píštěle vznikají nejčastěji jako komplikace chirurgické léčby nemoci prostaty a rekta, jako následek zranění, nebo jako komplikace zánětlivých onemocnění v této oblasti. Jejich úprava je vždy velmi obtížná a většinou vyžaduje řešení v několika dobách. Kromě klasických operací se v posledních letech objevují i úspěšné pokusy o minimálně invazivní léčbu, jsou však vhodné spíše pro malé uretrorektální píštěle. U našeho nemocného s rozsáhlou uretrorektální píštělí po transuretrální prostatektomii byl uzávěr píštěle komplikován obrovskou obezitou a hypotonií análního svěrače. To si vynutilo kombinovaný uzávěr přední stěny rekta z rektotomie s následnou transuretrální resekčí píštěle s aplikací tkáňového lepidla.

KEY WORDS

Urethrorrectal fistula
Dorsal rectotomy
Endoresection

SUMMARY

CLOSURE OF EXTENSIVE URETHRORECTAL FISTULA BY COMBINED APPROACH
THROUGH DORSAL RECTOTOMY AND ENDOSCOPIC RESECTION OF FISTULA
CANAL

Urethrorrectal fistulae are rare but serious conditions. Acquired fistulae occur most frequently as a complication of the surgical treatment of the diseases of prostate and rectum, as a result of an injury or as a complication of the inflammatory diseases in this area. Their correction is always very difficult and demands a gradual process in several steps. Besides the established procedures new and successful trials to minimize the invasivity of treatment have appeared in the last several years. The closure of the extensive urethrorrectal fistula after transurethral prostatectomy in our patient were complicated by extreme obesity and the hypotonia of the anal sphincter. This made necessary the combined closure of the anterior wall of the rectum and subsequent transurethral resection of the fistula with the application of tissue glue.

ÚVOD

Uretrorektální píštěle vznikají nejčastěji po poranění rekta při otevřených operacích prostaty a rekta, vzácně při transuretrální resekci prostaty jako následek zevního traumatu nebo jako komplikace zánětlivých a nádorových onemocnění. Mohou být také komplikací kryochirurgie prostaty i radioterapie nádorových onemocnění. Jejich léčba závisí na včasnosti diagnózy píštěle, možnosti primární rekonstrukce na připraveném střevě, i na povaze základního onemocnění. U píštělí po radioterapii nebo kryoterapii je operace doporučována v odstupu až 12 měsíců od jejich vzniku [1]. Hojení píštělí proximální uretry zlepšuje vmezení omentálního laloku [2]. Klasické řešení uretrorektálních píštělí spočívá v provedení rozsáhlého otevřeného výkonu cestou retropubickou, perineální, nebo transkokcygeální. První pokus o uzavření píštěle má nejvyšší naději na úspěch. Operace recidiv píštělí je obtížnější a má horší výsledky. Operace je obvykle rozdělena do tří kroků. Prvním je založení axiální kolostomie a zavedení měchyřové cévky, nebo epicystostomie a čekání na lokální tkáňovou konsolidaci s nadějí na spontánní zhojení píštěle. Pokud nedorazí ke spontánnímu uzávěru, musí být píštěl uzavřena operačně. Třetím krokem je zrušení kolostomie a odstranění močové drenáže. Načasování jednotlivých kroků (tab. 1) je zásadní pro úspěch řešení a je individuálně velmi různé [3].

KAZUISTIKA

Nemocný, 65 let, výška 160 cm, hmotnost 135 kg, diabetik na PAD, byl indikován k transuretrální resekci prostaty. Hmotnost prostaty 60 g. Po resekci 15 g tkáně prostaty bylo peroperačně zjištěno vytékání irigační tekutiny z konečníku. Přítomnost píštěle byla potvrzena rektální palpací a byla viditelná i operačním endoskopem. Proto byla založena nástěnná kolostomie (pro velkou obezitu nemocného a krátké mezosigma) a zavedena permanentní močová cévka. Při léčbě antibiotiky a metronidazolem byl celkový stav stabilizován. Nemocný byl léčen konzervativně 4 měsíce bez efektu.

Tab. 1. Časový sled jednotlivých výkonů.

1. 5/97 vznik uretrorektální píštěle po částečné TURP, založena sigmoideostomie a zavedena močová cévka.
2. 9/97 endoskopicky verifikována uretrorektální píštěl o průměru 4 cm a provedena transvesikální prostatektomie.
3. 2/98 uretrorektální píštěl retrahována na 10 F.
4. 1/99 píštěl 5 F, uzávěr rekta ze zadní rektotomie a endoresektomie píštělového kanálu z uretry a aplikace Tissucolu.
5. 3/99 odstraněn měchyřový katétr.
6. 10/99 po opakovaných kontrolách uretroskopických a rektoskopických, kdy nebyla prokázána recidiva, zrušena sigmoideostomie.
7. 10/00, 12 měsíců po posledním výkonu zcela v pořádku, kontinentní, sterilní moč..

Po převzetí nemocného na naše pracoviště jsme při vyšetření našli rozsáhlou komunikaci mezi prostatickou uretrou a rektum o průměru 4 cm s velkým množstvím reziduální prostatické tkáně, která bránila retrakci defektu. Při transvesikální revizi jsme odstranili reziduální prostatickou tkáň enukleací.

Po odstranění zbytkové prostatické tkáně probíhalo zmenšování píštěle, které z průměru 4 cm na 1 mm trvalo 15 měsíců. Dále se již píštěl nezmenšovala, a proto jsme indikovali operační řešení.

Při operaci jsme uretroskopicky nasondovali píštěl hydrofilním vodičem. Poté jsme v poloze na břiše po částečné resekci kostře provedli zadní rektotomii, zachytili jsme hydrofilní vodič, a po něm jsme navlékli tenkou balonkovou cévku do prostatické uretry. Tahem za balonkovou cévku jsme chtěli píštěl přiblížit a vypreparovat. Pro obrovskou obezitu nemocného (neprotínali jsme anální svěrač, který byl již před operací hypotonický a obávali jsme se možné inkontinence) jsme nebyli schopni vypreparovat píštělový kanál. Proto jsme matracovými stehy vodotěsně uzavřeli otvor píštěle na přední stěně rekta (s ohledem na plánovanou endoresektii) a ránu sešili. Po otočení nemocného na záda jsme ureteroresektoskopem kompletně resekovali vygranulovaný píštělový kanál. Do něj jsme aplikovali pomocí ureterálního katétru dvousložkové tkáňové lepidlo Tissucol a do močového měchyře zavedli permanentní cévku. Pooperační průběh byl klidný, měchyřový katétr jsme odstranili za dva měsíce. Píštěl byla zhojena za 9 měsíců po výkonu a po opakovaných kontrolách uretroskopických (obr. 1) a rektoskopických byla zrušena kolostomie.

V současné době, 12 měsíců po zrušení kolostomie, je nemocný zcela v pořádku a bez obtíží.

DISKUSE

Klasické řešení uretrorektálních píštělí spočívá v provedení rozsáhlého otevřeného výkonu cestou retropubickou, perineální, nebo transkokcygeální. První pokus o uzavření píštěle má nejvyšší naději na úspěch. Operace recidiv píštělí je obtížnější a má horší výsledky. Velmi důležité je správné rozložení jednotlivých fází operace, která je obvykle rozdělena do tří kroků. Prvním je založení axiální kolostomie a zavedení měchyřové cévky, nebo epicystostomie a čekání na lokální tkáňovou konsolidaci s nadějí na spontánní zhojení. Spontánní uzávěr uretrorektální píštěle po derivaci stolice a moči u 46,5 % nemocných popisuje



Obr. 1.

Al Ali [4] v publikaci o zkušenostech s léčbou 30 nemocných s válečnými zraněními, z nichž 76,5 % bylo způsobeno střelným poraněním. Uzavřely se zejména malé píštěle, u velkých autor doporučuje časnou operační léčbu. Jako nejvhodnější přístup uvádí zadní transsfinkterickou incizi. Velmi vzácný uzávěr rektouretrální píštěle vzniklé uretrální instrumentací u nemocného po radikální prostatektomii a aktinoterapii při konzervativní léčbě trvající 5 let popisují Thompson a Marx [5].

Pokud nedojde ke spontánnímu uzávěru, musí být píštěl uzavřena operativně. Pro uzavření píštěle je nejčastěji uváděná technika podle York-Massona (zadní rektotomie s přerušením svěrače) [3, 6]. Ta umožňuje nejlepší přístup s minimálním rizikem komplikací a dává nejvyšší naději na trvalé uzavření píštěle.

Velkým problémem je také léčba rektouretrálních píštělí u Crohnovy choroby. Kromě širokého spektra chirurgických výkonů, kde se uplatňuje i transpozice *musculus gracilis* [7], je podmínkou úspěchu i medikamentózní léčba [8] metronidazolem.

Nyam a Pemberton [9] uvádějí řešení rektouretrálních píštělí u 16 mužů. Sedm nemocných mělo píštěl po radikální retropubické prostatektomii, dva po radikální prostatektomii po radioterapii, dva po brachyterapii a tři po kombinované léčbě radioterapií a brachyterapií. Jeden nemocný měl píštěl po cystektomii a dilataci striktury uretry. Při léčení použili sedmkrát iniciální kolostomii, dvakrát transanální, dvakrát parasakrální, dvakrát perineální úpravu píštěle, třikrát koloanální anastomózu a třikrát transpozici svalu. Čtyři nemocní zůstali s permanentní kolostomií.

Alternativou rozsáhlých otevřených chirurgických intervencí je minimálně invazivní přístup spočívající v transrektální endoskopické excizi píštěle, endoskopické sutuře a simultánní transuretrální fulguraci s aplikací fibrinu [10]. Podle autorů je vhodná jako první pokus o řešení malých uretrorektálních píštělí.

Postup, který jsme zvolili u našeho nemocného, byl vynucen obrovskou obezitou a ochablým análním svěračem, který jsme z obavy o zhoršení kontinence nechťeli protnout. Protože byl přístup k píštěli, který jsme ze zadní rektotomie bez protnutí svěrače získali, omezený a nebylo možné píštěl z tohoto přístupu vypreparovat, zvolili jsme kombinovaný postup spočívající v uzavření rektálního ústí píštěle stehy tak, aby vznikl slepě uzavřený píštělový kanál. Po sutuře rekta a operační rány jsme z uretry zavedli do slepě uzavřeného píštělového kanálu ureteroresektoskop. Stehy založené z rekta umožnily při nízkém tlaku irigační tekutiny dostatečnou náplň píštěle. To bylo předpokladem pro kompletní endoresekcii píštěle. Do takto vzniklého kanálu jsme zavedli ureterální cévku 5 F, jejíž pomocí jsme aplikovali tkáňové lepidlo Tissucol. Výkon jsme ukončili zavedením silikonové permanentní cévky 22 F. Tu jsme odstranili za dva měsíce a po opakovaných rektoskopických a uretroskopických kontrolách jsme 9 měsíců po operaci zrušili kolostomii.

Řešení uretrorektálních píštělí je vždy velmi složité. Otevřené chirurgické intervence jsou velmi náročné pro nemocného a jsou rozloženy na období mnoha měsíců. S endoskopickými minimálně

invazivními postupy jsou zatím jen ojedinělé zkušenosti. Jsou vhodné zejména u malých píštělí s nevelkou fibrózní reakcí okolních tkání. U našeho nemocného se podařilo kombinovaným postupem vyřešit rozsáhlou uretrorektální píštěl.

Úspěšné řešení píštěle, a také to, že tento postup nebyl v literatuře dosud popsán, nás vedlo nejen k jeho zveřejnění, ale také k úvaze, že by bylo možné provést celý výkon endoskopicky.

ZÁVĚR

V léčbě malých uretrorektálních píštělí je možné zkusit po derivaci stolice a drenáži močového měchýře konzervativní léčbu. U větších píštělí a při neúspěchu konzervativní léčby je nutná léčba operační. Kromě rozsáhlých otevřených výkonů, prováděných z přístupu retropubického, perineálního, nebo transkokcygeálního je v současné době možné provést pokus o zavření píštěle endoskopickou cestou. Ta spočívá v uzavěru střevního vyústění píštěle operačním rektoskopem následovaném endoresekcí píštělového kanálu transuretrálně ureteroresektoskopem s následnou aplikací tkáňového lepidla.

Po zhojení píštěle, potvrzené uretrografií, rektoskopií a uretroskopií je možné zrušení kolostomie a odstranění močové drenáže.

LITERATURA

1. Wein AJ, Malloy TR, Carpinello VL. Repair of vesicovaginal fistula by a suprapubic transvesical approach. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 57-60.
2. Hanuš T. *Inkontinence*. In: Urologie. Jan Dvořáček et al. Praha 1998; ISV.
3. Boushey RP, McLeod RS, Cohen Z. Surgical management of acquired rectourethral fistula, emphasizing the posterior approach. *Can J Surg* 1998; 41: 241-244.
4. Al Ali M, Kasmoula D, Saoud IJ. Experience with 30 posttraumatic rectourethral fistulas: presentation of posterior transsfincteric anterior rectal wall advancement. *J Urol* 1997; 158: 421-424.
5. Thompson IM, Marx AC. Conservative therapy of rectourethral fistula: five-year follow-up. *Urology* 1990; 35: 533-536.
6. Bukowski TP, Chakrabarty A, Powell L. Acquired rectourethral fistula: methods of repair. *J Urol* 1995; 153: 730-733.
7. Rius J, Nessim A, Nogueras JJ, Wexner SD. Gracilis transposition in complicated perianal fistula and unhealed perineal wounds in Crohn's disease. *Eur J Surg* 2000; 166: 218-222.
8. Aiello C, Santoro GA, Cerbone V et al. Treatment of recto-urethral fistulas in Crohn's disease. *Minerva Chir* 1997; 52: 1129-1134.
9. Nyam DC, Pemberton JH. Management of iatrogenic rectourethral fistula. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 994-999.
10. Wilbert DM, Buess G, Bichler KH. Combined endoscopic closure of rectourethral fistula. *J Urol* 1996; 155: 256-8.

MUDr. O. Köhler, CSc.
U vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6 - Střešovice