

pos utlačující hrdlo a trigonum měchýře je nejčastější nerozpoznanou patologií, mylně považovanou za přeplněný močový měchýř (obr. 2). Pacientky tak neřídka podstupují zbytečnou derivaci močových cest – vezikostomii, ureterostomie nebo nefrostomie – tam, kde stačí derivovat hydrocolpos. Na druhou stranu u patientek s dlouhým kloakálním kanálem a přidruženou malformací lumbosakrální páteře, která je nepřímou známkou neurogenní dysfunkce, nemusí vést úspěšná derivace hydrocolpos ke spontánní mikci a úpravě dilatace horních močových cest. V tomto případě je třeba derivaci močových cest provést a založit punkční epicystostomii nebo, u novorozenců s dysplazií ledvin a elevací plazmového kreatininu, vezikostomii. Je ovšem řada pracovišť, která primárně preferují přechodnou vezikostomii u všech KM, vzhledem k možným komplikacím spojeným s punkční epicystostomií, jako je neprůchodnost katétru, jeho dislokace anebo bakteriální osídlení a větší riziko infekce močových cest.

Levitt ve zmíněném článku dále píše: „Důvod proč dilatovaná pochva retinuje hlen, moč a jinou tekutinu, je záhada, protože kloakální kanál není nikdy atretický. Pravděpodobně vytváří poševní ústí v místě kloakálního kanálu chlopňový mechanismus, který při větší náplni neumožňuje odtok retinované tekutiny.“ A dodává, že většina patientek s hydrocolpos má dilatovanou pochvu z větší části septovanou a s dvěma nasedajícími dělohami (5). Jestliže se nerozpoznaná, včas nederivovaná hydrocolpos infikuje, vzniká pyocolpos, ohrožující dítě na životě. Součástí postnatálního UZ vyšetření by měl být také UZ lumbosakrální páteře a míchy, který první tři měsíce věku dokáže přes málo osifikované obratle výborně znázornit míšní morfologii.

V závažných případech KM bývá na UZ vidět kromě dilatace horních močových cest i redukce parenchymu ledvin, setření kortiko-medulární diferenciace a dysplastické změny parenchymu v podobě drobných cyst. Součástí monitorace takových novorozenců je opakované vyšetřování renálních funkcí a to s vědomím, že u donošených je první týden po porodu hladina plazmatického kreatininu zvýšená i kreatininem mateřským,

u nedonošených i dva až tři týdny po porodu. U novorozenců s hypodysplastickými změnami ledvinového parenchymu a vyšším kreatininem volíme přechodnou vezikostomii jako nejúčinnější a nejbezpečnější derivaci močových cest.

Po objasnění základní anatomie je cílem terapie novorozence s KM derivace gastrointestinálního traktu kolostomií a derivace uropoetického traktu punkční epicystostomií nebo vezikostomií tam, kde je indikována. Derivace přítomného hydrocolposu je možná třemi způsoby. Obdobou punkční epicystostomie, tzn. transabdominální zavedení silnějšího katétru (Cystofix 10F, Foley a jiné typy). U velmi objemných retencí lze vyšít pochvu jako nástěnnou stomii do střední čáry mezi pupek a symfýzu (obdoba vezikostomie).

Třetí možnost derivace hydrocolpos preferuje Rink et al. Místo transabdominální derivace zaučuje matku dítěte v čisté intermitentní katetrizaci kloakálního kanálu (9). ČIK až do definitivní operace preferuje Rink proto, že u většiny patientek zaváděná cévka vklouzne přirozeně nikoliv do měchýře, který je spolu s uretrou dislokován ventrálně, ale právě do dilatované pochvy, kde se tekutý poševní sekret hromadí. Nácvik ČIK má pak výhodu i v tom, že si ji rodiče osvojí jako součást rutiny v péči o dítě, což se ukazuje jako velmi užitečný návyk pro pravidelnou evakuaci v případě neurogenního měchýře s trvale poškozenou schopností evakuace moči. Oponenti tvrdí, že ne vždy se katétr dostane správně do dilatované pochvy a její intermitentní derivaci tak považují za nespolehlivou (10).

Založení kolostomie u pacientů s ARM a její typ prodělal za posledních 60 let vývoj od „loop“ transversostomie, která je technicky nenáročná, až po dělenou sigmoideostomii dle Peňi, která je v současnosti standardem. Vyšít přívodnou kličku stomie v místě, kde colon descendens opouští retroperitoneální závěs, je výhodné pro prevenci prolapsu a zároveň zbývá dostatečná délka distálního pahýlu, vyšitého ke kůži jako mukózní píštěl, k tomu, aby mohl operátor během definitivní rekonstrukční fáze provést stažení dilatovaného rekta na hráz a bez napětí všít neoanus do svaloviny zevního svěrače.