

Cambellovy urologie píše: „Jakkoliv je chirurg v pokušení omezit se na pouhé stažení rekta na hráz („pull-through procedure“), je dnes jasné, že taková vícedobá operace kloaky dítě v konečných důsledcích poškozuje, a proto je absolutně kontraindikována. Optimální je odoperovat všechny anomálie (rekta, pochvy a uretry) v jedné době, což umožňuje nejlepší přístup k oddělení rekta od pochvy, který je v případě reoperace kompromitován jizvením v okolí již jednou mobilizovaného rekta“ (9). S tímto radikální přístupem je třeba polemizovat v případech KM s hypoplastickou vaginou ústící do močového ústrojí vysoko v oblasti hrdla močového měchýře. Zde je naopak s výhodou ponechat spojení pochvy a močového ústrojí intaktní, což není v rozporu s Rinkovými závěry, že chirurgické cíle u dítěte s KM jsou v průběhu prvního roku života následující: 1. derivace gastrointestinálního traktu kolostomií; 2. derivace urogenitálního traktu; 3. korekce potenciálně letálních urologických anomálií, poškozujících funkci měchýře a ledvin; 4. definitivní rekonstrukce KM (9).

U chirurgicky problematických KM s agenezí pochvy nebo s pochvami ústícími do hrdla či trigona měchýře a velmi dlouhým kloakálním kanálem nad pět centimetrů popisuje Levitt dvě možnosti jak zajistit pacientce do budoucna možnost menstruace a pohlavního styku – tzv. „vaginal switch“ nebo náhradu pochvy tlustým, eventuálně tenkým střevem (5).

„Vaginal switch“ čili přetočení septované pochvy je možné v případě, že se částečně septovaná pochva otevírá do hrdla nebo trigona měchýře, je dostatečně dilatovaná a transversální vzdálenost mezi dvěma nasedajícími hemi-dělohami je delší, než kraniokaudální délka pochvy. Jinými slovy přetočení pochvy a její stažení na hráz je možné jen u částečně zdvojené a hodně dilatované pochvy, která je „širší“ než „delší“. Jedna z děloh je excidována ze stěny septované pochvy a spolu s tubou odstraněna. Ovarium je ponecháno in situ. Otvor ve stěně pochvy po excizi dělohy je přetočen a stažen kaudálně na hráz jako poševní vchod. Cévní zásobení přetáčené a stahované pochvy je preparací zničeno a stažená část pochvy je tak živena pouze z části pochvy ponechané in situ (5) (Obr. 4A a 4B).

Po odpojení septované pochvy z hrdla nebo trigona měchýře je nutné buď jeho trvalé uzavře-

ní, nebo lze ponechat dlouhý kloakální kanál jako přístupovou cestu pro ČIK s tím, že je nutná kontinentní plastika hrdla měchýře např. dle Kroppa nebo Pippi-Salleho (19). Uzávěr hrdla provádíme ve dvou vrstvách a pro riziko vzniku píštěle i překrýváme suturu hrdla měchýře omentem nebo fascií z přímého břišního svalu. Pacientka je ponechána na vezikostomii a v druhé době pak podstoupí vytvoření katetrizovatelného stomatu pro ČIK podle Mitrofanoffa, Montiho nebo Casaleho (21).

Pooperační derivace měchýře je jiná u nízkých typů KM po parciální nebo totální urogenitální mobilizaci. Tam, kde pacientka spontánně močila před operací, stačí v pooperačním období obvykle Foleyův katétr do mobilizované uretry až do zhojení hráze, tzn. na jeden až dva týdny. Jestliže měla pacientka již před operací epicystostomii, pak ji v celkové anestezii na začátku výkonu vyměníme a po operaci ji ponecháváme nadále in situ vzhledem k výhodné možnosti pravidelného uzavírání a nácviku mikce. Přes epicystostomii lze měřit i postmikční rezidua a orientační intravezikální tlak v cm vodního sloupce po její vertikalizaci.

Při agenezi pochvy je u vysoké KM nutná její náhrada tlustým nebo tenkým střevem. Náhradu lze provést z dilatovaného rekta, ze sigmatu anebo colon descendens, jejichž úsek se v délce pochvy vytne a na cévní stopce stáhne na hráz. Kraniálně se slepě uzavře anebo napojí na rudimentární pochvu, jestliže ji pacientka má. Náhrada z tenkého střeva je možná v oblasti cca 15 cm orálně od Bauhinské chlopně, kde je ileum na nejdelším závěsu, ale i tak může být velmi obtížné úsek ilea stáhnout až na hráz bez narušení cévního zásobení. Nevýhodou náhrad jsou časté komplikace, dehiscence, jizvení a sekrece hlenu, která pacientku obtěžuje.

DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY

Jestli pacientka s KM nakonec bude kontinentní v moči záleží na délce kloakálního kanálu (čím delší, tím větší riziko inkontinence), koaptaci hrdla měchýře, na přidružených vadách páteře a míchy (a tedy neurogenního měchýře) a iatrogenní denervaci a jizvení malé pánve, zejména při definitivním výkonu u vysokého