

nutné zvětšit kapacitu močového měchýře. Vyprazdňování rezervoáru je pak zajišťováno intermitentní katetrizací přes původní močovou trubici nebo uměle vytvořeným kontinentním stomatem. Jednotlivé operace se nezdá kombinují z důvodu komplexní etiologie inkontinence (extrofie měchýře, neurogení dysfunkce...). V klinické praxi dělíme výkony na:

- operace zaměřené na zvýšení kapacity měchýře – tzv. augmentace
- operace ke zvýšení výtokové rezistence – plastika hrdla, okluze hrdla, slingové operace, implantace arteficiálního sfinkteru, aplikace „bulking“ látek
- ostatní – operace ektopického močovodu, zdvojené uretry, řešení píštělí nebo vytvoření arteficiálního cévkovatelného stomatu

OPERAČNÍ ZVĚTŠENÍ KAPACITY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Zdravý člověk močí 4–7× za den. Produkce moči ledvinou je ale kontinuální proces v průběhu celých 24 hodin. Moč je mezi jednotlivými mikcemi skladována v rezervoáru – močovém měchýři. Dostatečně kapacitní rezervoár, umožňující nízkotlaké skladování moči po určitou dobu (cca 3–5 hodin), je tedy jednou ze základních podmínek sociálně přijatelné inkontinence. I druhá podmínka, nízkotlaké skladování, má zásadní význam. Jednak pro ochranu ledvin, které produkují moč pod relativně nízkým tlakem (15–20 cm H₂O), jednak pro adekvátní funkci kontinentního mechanismu. Dochází-li v měchýři ke zvýšení intraluminálního tlaku nad úroveň tlaku kontinentního mechanismu, objevují se nekontrolované úniky moči. Sociální adaptabilita postiženého je tím narušena.

Jestliže u dítěte ať v důsledku vrozené vady, poruchy funkce močového měchýře či jiných příčin nejsou splněny zmíněné podmínky, je třeba zahájit léčbu. Metodou první volby je jistě neoperační postup. Efektivní anticholinergní léčba případně s intermitentní katetrizací. U některých ale tato léčba selhává. Inkontinence přetrvává nebo dochází k alteraci horních močových cest a funkce ledvin. V takových případech je nutné přistoupit k chirurgické léčbě a operačně zvětšit kapacitu močového

měchýře. Chirurgické zvětšení kapacity močového měchýře je možné několika způsoby:

- augmentace
- auto-augmentace
- sero-muskulární „patch“ (záplata)
- kompletní náhrada močového měchýře

Augmentace močového měchýře

V klinické praxi je augmentace močového měchýře realizována vložení jiné tkáně do jeho stěny. Může se jednat o části gastrointestinálního traktu: segment ilea, tlustého střeva (nejčastěji sigmoidu) nebo žaludku. U vybrané skupiny nemocných je možné použít nefunkční, dilatované části horních močových cest – megaureter. Volba typu použité tkáně by neměla být nahodilá. Vždy je třeba posoudit lokální možnosti a fyziologické vlastnosti použitých tkání u konkrétního pacienta. Použití střevního úseku je omezené u dětí se syndromem krátkého střeva, extrofí kloaky, anamnézou ozářeného střeva a pánve. Dále je nutné posoudit renální funkce a konkomitanti patologie jako je veziko-renální reflux. Fyziologickou vlastností střeva je hlenoprodukce. Hlen ve střevě augmentovaném močovém měchýři je běžný a představuje rizikový faktor pro vývoj infekce a litiázy. Přítomný veziko-renální reflux je predisponujícím faktorem pro febrilní uroinfekce po operaci.

V neposlední řadě je nutné posoudit mentální a fyzické možnosti pacienta a jeho rodiny. Augmentace močového měchýře totiž znamená závažný zásah do kvality života nemocných a přináší s sebou řadu závažných a dlouhodobých rizik. Vždy je spojena s vyřazením spontánní mikce. Pacient se tak stává trvale závislým na intermitentní katetrizaci. Je nezbytné před operací zvážit a s pacientem či rodinou probrat způsob vyprazdňování měchýře. Tedy kým a jak bude katetrizace prováděna, zda přes močovou trubici nebo arteficiálně vytvořeným kontinentním stomatem. Je nutné posoudit, zda a v jakém rozsahu bude schopen tuto péči realizovat sám pacient, na kolik bude závislý na péči svého okolí a zahrnout tato fakta do rozhodovacího procesu o typu a způsobu augmentace.

Segment ilea je nejčastěji používaný materiál pro augmentaci močového měchýře. Používáme pre-