

zejména G-bakteriemi, představuje rizikový faktor pro febrilní uroinfekce, které se vyskytují až u 10 % těchto nemocných. (13). Ve snaze alespoň částečně snížit uvedená rizika se v posledních letech objevila Duhamelova operace a její modifikace (14). Cílem je alespoň částečně oddělit moč a stolicí napojením sigmatu na rektum v kaudální části. Dlouhodobé výsledky zejména s ohledem na rizika nádorové transformace v oblasti rekto-sigmatu, ale zatím chybí.

V případech, kdy je anální svěrač insuficientní (extrofie kloaky, neurogenní dysfunkce, anorektální malformace. . .), představují alternativu náhrady močového měchýře jako heterotopická ileální nebo ileocékalní neovezika a v krajním případě ureteroileostomie. Heterotopické formy derivace jsou opět závislé na intermitentní katetrizaci, realizované přes vytvořené kontinentní stoma. Obvykle z appendixu či terminálního ilea s využitím Bauhinské chlopně. V případě ureteroileostomie se jedná o inkontinentní formu derivace, a je proto nezbytné používat stomické kolekční sáčky. Tato forma derivace tak představuje z hlediska léčby inkontinence ultimátní řešení, kde jiné metody nejsou možné nebo opakovaně selhaly.

OPERACE KE ZVÝŠENÍ VÝTOKOVÉ REZISTENCE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Jak již bylo zmíněno, kapacitní nízkotlaký močový měchýř je jen jednou z podmínek pro dosažení kontinence nebo suchého intervalu. Druhou podmínkou je dostatečná výtoková rezistence, která zabráni úniku moči i při přechodném zvýšení intravezikálního tlaku. Poruchy, které vedou k dysfunkci kontinentního mechanismu, mohou být vrozeného nebo funkčního původu. Mezi vrozené příčiny patří extrofie močového měchýře, extrofie kloaky, peno-pubická epispadie. Do skupiny funkčních poruch patří neurogenní dysfunkce při vrozených či získaných onemocněních mozku a míchy. V neposlední řadě může být insuficience kontinentního mechanismu způsobená iatrogeně, posttraumaticky poškozením sfinkteru, hrdla močového měchýře nebo pánevních nervů.

V zásadě nejsme schopni rekonstruovat přirozený kontinentní mechanismus. Operace jsou principiálně zaměřené na prodloužení funkční délky uretry (plastika hrdla močového měchýře. . .) jednak na zvýšení rezistence v této funkční části močové trubice (zúžení hrdla měchýře, aplikace bulking, slingové operace. . .). Jestliže není možné prodloužení funkční délky uretry ani zvýšení rezistence, je možné vytvořit chlopnový kontinentní mechanismus. Jak bylo řečeno, kontinentní mechanismus nejsme schopni rekonstruovat. Díky pokroku v biotechnologii a umělých materiálech, jsme ale schopni jej v určitých případech nahradit – implantací umělého svěrače. K operacím ke zvýšení výtokové rezistence patří:

- operace hrdla močového měchýře
- implantace umělého svěrače
- slingové operace
- aplikace „bulking“ látek

Operace hrdla močového měchýře

Cíl chirurgické léčby nekontrolovatelného úniku moči může být dvojitý. Jednak dosažení kontinence při zachování spontánního močení. Intermitentní katetrizace je v takovém případě buď dočasná nebo je prováděna jen někdy (např. k evakuaci postmiktického rezidua). Není-li možné dosáhnout kontinence, snažíme se dosáhnout alespoň suchého intervalu. To znamená, že pacient není schopen spontánního močení, ale měchýř vyprazdňuje intermitentní katetrizací. Mezi cévkováním nedochází k nekontrolovanému úniku moči.

Rekonstrukční operace hrdla močového měchýře umožňující zachování spontánního močení zaznamenaly poměrně dlouhý vývoj a v průběhu času byly modifikovány a doplňovány. Jsou spojeny se jmény **Younga**, **Deese** a **Leadbettera** podle autorů, kteří původní koncept publikovali a dále jej významným způsobem doplnili. Principem operace jsou tři základní kroky. V první řadě je to klínovitá excize hrdla močového měchýře postulovaná Youngem v roce 1922 (15). Cílem je zúžení hrdla a zvýšení výtokové rezistence. V roce 1949 byl tento koncept doplněn Deesem o prodloužení funkční délky uretry, tubulizací části baze močového měchýře (16). V roce 1964 doplnil Leadbetter postup tím, že doporučil „obalit“ takto prodlouženou uretru a nově vzniklé hrdlo laloky