

DISKUZE

Při řešení striktur penilní uretry se rekonstrukční urolog zatím nemůže spolehnout na žádné obecně definované guidelines. Zpravidla vychází ze svých zkušeností a vlastní úspěšnosti léčby. Dlouhou dobu dominovaly při rekonstrukci penilní striktury techniky spojené s užitím živeného laloku. Zvláště v těch případech, kdy je dostupný prepuciální vak, kvalitní corpus spongiosum a dartos fascie, které umožňují spolehlivou jednodobou rekonstrukci (19). Užití živeného laloku bylo a je po dlouhou dobu obecně považováno za zlatý standard v léčbě penilních striktur, pokud jejich etiologie není spojena s lichen sclerosus. Již v roce 1968 popsal jako první rekonstrukci penilní striktury pomocí živeného laloku Orandi a kol. (20). U této metody se předpokládá relativní nadbytek kůže penisu na ventrální straně. Pokud je po odběru laloku zbylý kožní kryt významně zkrácen, může být jeho sutura pod velkým napětím, což vede k pooperačním komplikacím, z nichž nejzávažnější je uretrokutánní píštěl. Nezanedbatelným faktorem je i kosmetický výsledek spojený s možností nepřijatelné torze penisu. Ve snaze o jednodobé řešení je možno mezi vzdálené okraje kožního krytu penisu vložit živený lalok z oblasti skrota, který předpokládanému napětí sutury a vzniku komplikací zabrání. Je možné očekávat i kosmeticky akceptovatelný výsledek (21). Mnoho rekonstrukčních urologů při nedostatku kůže na ventrální straně penisu Orandiho techniku neindikuje a volí v těchto případech výhodnější cirkulární odběr živeného laloku kůže penisu pod corona glandis dle McAninche, s výborným kosmetickým efektem. Přes technickou náročnost je nutno vidět několik výhod této metody, především velmi dobrou vaskularizaci, kůže penisu je bez ochlupení a lalok má vysokou flexibilitu při adekvátní mobilizaci tkání (11, 22). Při užití této techniky u pacientů s předkožkou, kterou nelze pro kožní změny využít k rekonstrukci, je však nutné provést cirkumcizi pro možnost ischemie (11).

Živený lalok má obecně vysokou spolehlivost při řešení striktur penilní uretry či komplexu striktur přední uretry s velmi přijatelným výskytem

komplikací mezi 8–20 % (11). Důvodem těchto komplikací, s potřebou operační revize, může být krvácení vyvolané erekcí provázené napětím tkání a poruchou výživy v okrajích laloku nebo v úrovni dartos. Užití sedativ či zmrazujících sprejů k potlačení erekce je neúčinné. Podání antiandrogenů je spojeno s vedlejšími účinky a vyžaduje dlouhodobější užívání před operací k dosažení efektu (23).

Rekonstrukční operace přední uretry jsou kontinuálně se vyvíjejícím procesem, stále diskutovaným ve snaze zajistit pacientovi nejvyšší možný standard péče. Na základě tohoto procesu vývoje El-Kasaby v roce 1993 jako první navrhl užití slizničního štěpu z oblasti dolního rtu při řešení penilní a bulbární striktury uretry (24). Posléze se uplatnil bukální štěp získaný z jedné nebo obou tváří. Asopova technika usnadnila užití bukálního štěpu při řešení striktur penilní uretry. Asopa nesečuje dorzální část uretry od topořivých těles a šetří tak cévní zásobení spongiózního tělesa uretry. Cirkumflexní a perforující artérie zůstávají intaktní. Jediným limitem pro užití této techniky je šíře uretrální ploténky, která musí být minimálně 1 cm. Jedinou cestou, jak odhadnout šíři uretrální ploténky, je endoskopická kontrola uretroskopem nebo dětským cystoskopem. Pokud je uretrální lumen méně než 10 Ch, nelze očekávat uretrální ploténku širší než 1 cm (25). V případě uretrální ploténky, jejíž šíře nedosahuje alespoň 1 cm, je nutná separace uretry od topořivých těles a provedení dorzální onlay uretroplastiky s užitím bukálního štěpu, kterou navrhnul Barbagli. Tato technika vyžaduje extenzivnější mobilizaci uretry, je časově náročnější při adhezích topořivých těles v důsledku spongiofibrózy (25). Pahwa potvrdil podobné výsledky při porovnání inlay i onlay techniky (26). Barbagli též zjednodušil Asopovu inlay techniku fixací bukálního štěpu pomocí tkáňového lepidla. Dle jeho zkušeností užití bukálního štěpu jednodobou technikou poskytuje možnost vyšší úspěšnosti ve srovnání s živeným lalokem. Přestože v současnosti literatura neodpovídá na otázku, zda je lepší štěp či lalok při rekonstrukci striktur penilní uretry, Barbagli preferuje užití bukálního štěpu při primárním výběru k jednodobé