

rekonstrukci před živeným lalokem. Lalok ponechává až na dobu selhání primární rekonstrukce (27). V situaci, kdy živený lalok z prepuciálního vaku není možno využít z důvodu cirkumcize, je obtížné provést rekonstrukci rozsáhlých striktur penilní uretry. Užití živeného laloku z kůže penisu může být limitováno, podle zkušeností Yadava, jeho velikostí a přítomností ochlupení. Dle autora je i jistou nevýhodou expozice moči v místě lalokové plastiky, která vede k exkoriaci kůže a k možnosti restenózy. Živený lalok bez elasticity může vést k postmikčnímu driblinku, vytvoření divertiklu či fistuly (28). Vyšší četnost užití bukálního štěpu technikou dorzálního on-lay uložení, přinesla unikátní operace navržena Kulkarnim a Barbaglim. Invaginace penisu skrz perineotomii dovoluje ošetřit nejen rozsáhlou strikturu penilní uretry, ale i přilehlou část bulbární uretry, bez rizika uretrokutánní píštěle v oblasti penisu. Tato technika má vyšší úspěšnost než dvoudobé operace a nižší procento komplikací ve srovnání s jednodobou plastikou s využitím živeného laloku v oblasti penisu. Důvodem je podle Kulkarniho fakt, že užití živeného laloku je technicky náročnější a vyžaduje velké zkušenosti v oboru plastické chirurgie k docílení vysoké úspěšnosti. Kulkarniho technika má excelentní výsledky, šetří bulbospongiozní sval při řešení komplexu striktur přední uretry podobně jako i nervově cévní zásobení uretry, čímž je snížen výskyt postmikčního driblinku a poruch ejakulace (29). Při sledování pacientů v délce téměř 60 měsíců se úspěšnost pohybovala na hranici 84 %. V případě recidivy striktury řešené bukálním štěpem technikou podle Kulkarniho je možné reoperaci opět provést pomocí bukálního štěpu s úspěšností více než 85 %, jak retrospektivně analyzoval

Javali (30). Rekonstrukce je spojena s excelentním kosmetickým výsledkem v oblasti penisu, a to i v případě reoperace. Fu preferuje linguální štěp, pro jednodušší odběr, vyšší poddajnost a hojnost ve srovnání s bukálním štěpem nebo štěpem z oblasti dolního rtu. Linguální štěp nevytváří napětí kůže, v důsledku defektu po odběru živeného laloku, je možné jeho užití z kterékoliv strany přední uretry. Přestože je tenčí, není prokázán vyšší výskyt divertiklů a sakulací uretry. Celková úspěšnost při užití linguálního štěpu u penilních striktur byla 85,1 %. Nevýhodou jsou přes snadný odběr komplikace v podobě dysartrie, necitlivosti či polykací potíže (31).

ZÁVĚR

V současné době není upřednostňována ani jedna metoda při jednodobé rekonstrukci striktury penilní uretry, jejíž etiologie nesouvisí s lichen sclerosus či vrozenými vývojovými vadami. Tento závěr byl potvrzen statistickou analýzou. Výběr, zda živený lalok či bukální štěp, záleží na zkušenostech a zvyklostech rekonstrukčního urologa. Není výjimkou, že se obě metody kombinují s cílem dosáhnout co nejlepšího výsledku tam, kde je nutno resekovat nekvalitní část uretrální ploténky nebo u ploténky, která je příliš úzká (nedosahuje širě 5 mm a méně).

Rekonstrukce striktur penilní uretry stále zůstává výzvou i pro zkušeného urologa, neboť se prezentuje vyšší četností komplikací v porovnání s uretroplastikami bulbární nebo zadní uretry. Při rekonstrukci penilní uretry totiž nezáleží jen na funkci, ale jsou důležité i estetické a sexuální aspekty.

LITERATURA

1. Nikolavsky D, Abouelleil M, Daneshvar M. Transurethral ventral buccal mucosa graft inlay urethroplasty for reconstruction of fossa navicularis and distal urethral strictures: surgical technique and preliminary results. *Int Urol Nephrol*. 2016; 48(11): 1823–1829.
2. Hussein MM, Almogazy H, Mamdouh A, et al. Urethroplasty for treatment of long anterior urethral stricture: buccal mucosa graft versus penile skin graft-does the stricture length matter? *Int Urol Nephrol*. 2016; 48(11): 1831–1835.