

Závěr: Rektoanastomotická píštěl po LRP je závažnou komplikací, vyžadující časnou derivaci střeva i močových cest. Za těchto podmínek je někdy možné spontánní zhojení. Uzávěr píštěle perineální cestou je náročná a dlouhotrvající operace, která ale vede k definitivnímu vyřešení stavu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Laparoskopická radikální prostatektomie, rektoanastomotická píštěl.

SUMMARY

Novák K, Kočvara R, Hanuš T, Macek P, Paul O, Michalský O. Treatment of rectoanastomotic fistulae after laparoscopic radical prostatectomy.

Aim: Rectoanastomotic fistula after laparoscopic radical prostatectomy (LRP) is an infrequent but serious complication. A bowel diversion above the fistula (sigmoidostomy) is needed just like urinary diversion (permanent urethral catheter and epicystostomy 15CH). This is the only chance for spontaneous closure of the fistula but surgical occlusion is more frequent.

Material a methods: From 2008 to 2018 we diagnosed rectoanastomotic fistula in 5 patients from 688 after LRP (0,72 %). Fistula appeared from the 6th to 14th day postoperatively. Diagnosis was confirmed either with cystography or urethrocytography. Immediate both urinary diversions with permanent catheter and epicystostomy (15CH) were inserted and sigmoidostomy was performed as soon as possible (day 1–5).

Results: Spontaneous closure occurred in 2 patients (40 %). In 3 (60 %) definitive occlusion perineally was needed (the 154th, 270th and 383th day). It was a challenging operation in all – operation time varied from 365 min to 425 min. During the healing period the following complications lead to a long interval to definitive fistula closure: - previous endoscopic extraction of Hem-o-lok clip from fistula in 1, - proximal urethra marsupialization and bulbar urethral resection in a patient with development of severe stricture during the period when the only bladder diversion was epicystostomy. Definitive fistula repair was followed by closure of the sigmoidostomy in an interval of 2–months. All patients are without fistula and continent (0–1 pad daily) after follow-up 1–8 year.

Conclusion: Rectoanastomotic fistula after LRP is serious complication where early urinary and bowel diversion is needed. Under these conditions spontaneous healing is possible. Perineal surgical closure is a challenging and time consuming operation but leads to definitive resolution of this complication.

KEY WORDS

Laparoscopic radical prostatectomy, rectoanastomotic fistula.

ÚVOD

Karcinom prostaty (KP) je nejčastější malignitou u mužů v Evropě a vyspělých zemích. Radikální prostatektomie (RP) je doporučeným chirurgickým způsobem léčby u pacientů s lokalizovaným onemocněním. Rozvoj rektoanastomotické (v literatuře též rektouretrální) píštěle (RAP) je závažnou komplikací, její incidence se pohybuje mezi 0,12–9 %, obvykle je ale v recentní literatuře incidence pod 1 % (1, 2). Vlastní peroperační poranění rekta se udává jako nejvýznamnější rizikový faktor vedoucí k rozvoji píštěle s incidencí 0,5–11 % (1, 3). Dle našich zkušeností ale rozpoznaná a správně ošetřená léze rekta k rozvoji RAP vede jen zřídka. Je třeba tedy identifikovat další rizikové faktory – anatomické (velikost prostaty, BMI – body mass index) a patologické (lokální šíření KP extraprostaticky, počet biopsií a následné fibrotické změny, předchozí operace – transuretrální resekce prostaty – TURP aj.). Logicky je udávána vyšší frekvence RAP u pacientů po salvage RP po předchozí aktinoterapii (1, 3). Konzervativní léčba může být úspěšná, ale děje se tak jen u menšiny pacientů s dobrou derivací močového měchýře permanentním močovým katétre (PMK) a epicystostomií u píštělí malého průměru (1, 2, 4). Naději na úspěch zvyšuje derivace střeva nad píštělí, tj. kolostomie resp. sigmodeostomie. Léčba RAP není standardizována. Z chirurgických přístupů se uplatňují většinou „open“ metody, a to přístupem transanálním, transabdominálním, transsfinkterickým a transperineálním, z nichž poslední je nejčastější (1).