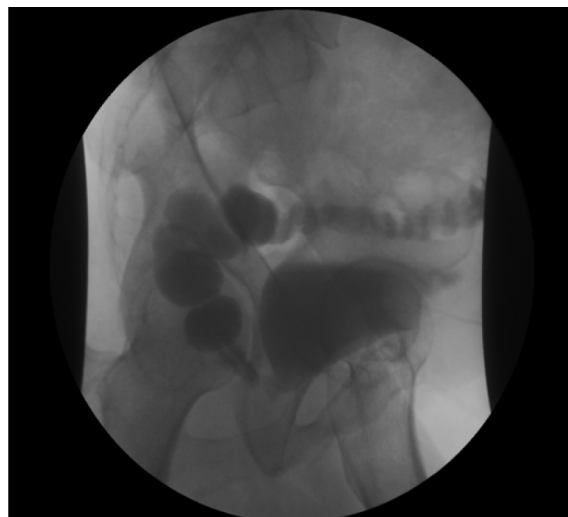


MATERIÁL A METODY

V letech 2008–2018 jsme provedli 688 laparoskopických radikálních prostatektomií (LRP) a diagnostikovali RAP u pěti pacientů (0,72 %) (obrázek 1). U všech pacientů s RAP šlo o LRP s extraperitoneálním přístupem, descendentně, tzn. bylo postupováno od baze prostaty směrem k apexu. Od roku 2010 po zjištění RAP u prvních dvou pacientů jsme u každé další operace po odstranění prostaty z lůžka prováděli vzduchový test na zjištění eventuální léze stěny rekta. Test spočívá v naplnění rektálního katétru vzduchem stříkačkou a sledování hladiny fyziologického roztoku v lůžku po prostatektomii, kdy vzduchové bubliny v tekutině v pánvi znamenají porušení integrity rektální stěny. Následná uretrovezikální anastomóza byla šita pokračujícím stehem Monocryl 2-0 (Ethicon) jednouzlovou metodou se dvěma jehlami (van Velthoeven, 2003). Peroperační léze rekta byla zjištěna celkem u devíti (1,3 %), vždy v úrovni apexu prostaty a kromě jednoho byla vždy viditelná a u všech byla ošetřena dvouvrstevnou suturou (obrázek 2). Jen u jednoho pacienta s ošetřenou lézí rekta došlo k rozvoji RAP, ostatní se zhojili bez komplikací. Další možné rizikové faktory a charakteristiky RAP jsou uvedeny v tabulce 1.

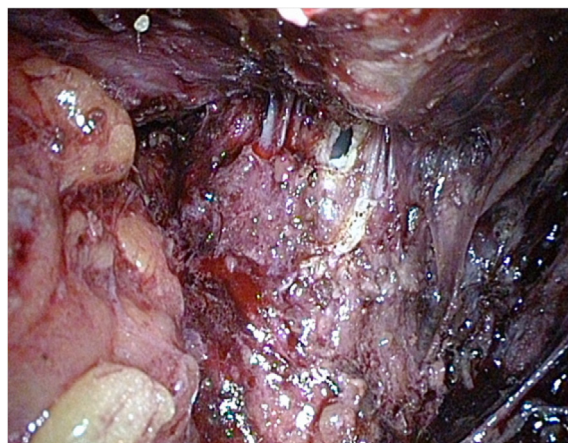
Píštěl se projevila 6.–14. den po výkonu přítomností střešní příměsi v močovém sáčku nebo jeho „nafouknutí“ plynem, u dvou pacientů až po extrakci PMK pneumaturii, též výjimečně únikem moči análně. Diagnóza byla potvrzena ihned po podezření na RAP cystografií (CG) nebo uretrocystografií (UCG) u pacientů bez močového katétru. Močový měchýř byl následně derivován PMK (18–20 CH) a epicystostomií 15 CH. Co nejdříve (1.–5. den) byla založena sigmodeostomie chirurgem.

V následném období byl postup individuální. V intervalu čtyř týdnů byl měněn PMK, po 8–12 týdnech epicystostomie. Individuálně byla k další diagnostice a sledování využita zobrazovací vyšetření – CG, UCG, epicystostomogram s mikcí, také magnetická rezonance (MR) k přesnějšímu zjištění průměru a délky píštěle. Definitivní CG a epicystostomogram s mikcí k potvrzení zhojení RAP byla indikována u konzervativně léčených po vymizení přítomnosti střešní přímě-



Obr. 1. Průkaz rektoanastomotické píštěle uretrocystografií

Fig. 1. Diagnosis of the rectoanastomotic fistula on urethrocytography



Obr. 2. Peroperační léze rekta po apikální disekci prostaty

Fig. 2. Peroperative rectal lesion after apical dissection of the prostate

si a při sterilní moči individuálně, u obou zhojených šlo o dobu delší než dva měsíce. K chirurgickému řešení jsme přistoupili též individuálně po zhodnocení stavu, kdy nedošlo ke spontánnímu zhojení. Volili jsme vždy transperineální přístup.

Postup operace a pooperační péče probíhaly následovně. Operace je prováděna v krytí antibiotiky. Cystoskopicky jsou zavedeny do ureterů ureterální cévky. Incize je vedena v perineu ve tvaru obráceného „Y“. Je obnažen bulbos, deliberován, přetrženo centrum tendineum. Tímto je dostupná přední stěna rekta a za palpační kontroly per