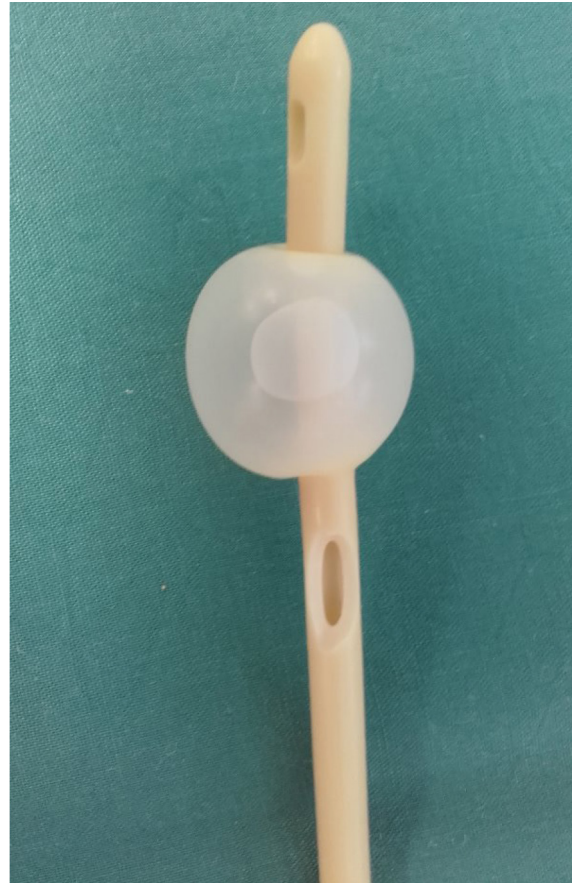


rectum je vedena preparace až k píštěli. Píštěl je v ideálním případě obehita ve správné rovině, přetrnuta a okraje excidovány. Sutura defektu na hrdle močového měchýře i na rektu je ve dvou vrstvách vláknem 3–0. Mimo ránu je vyveden kapilární (vrapovaný) drén, rána uzavřena po vrstvách. Derivace močového měchýře je zajištěna nadále epicystostomií a PMK na dva týdny. Po této době je odstraněn PMK a proveden epicystostomogram s mikcí.

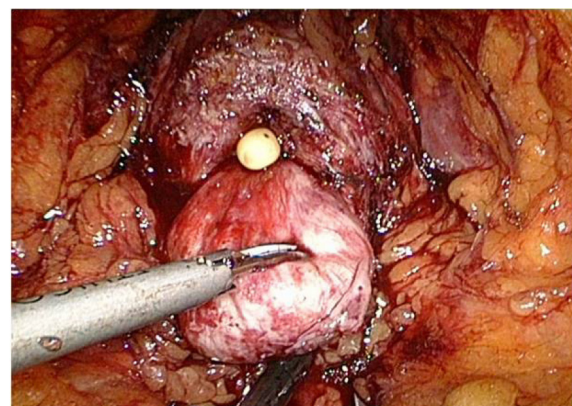
VÝSLEDKY

U dvou pacientů došlo ke spontánnímu uzávěru píštěle – potvrzeno CG a epicystostomogramem s mikcí 72. a 84. den od stanovení diagnózy. U obou byl kromě epicystostomie 15 CH v pooperačním období použit Foleyův katétr s arteficiálně vytvořeným přídatným otvorem pod balonkem cévky v úrovni vezikouretrální anastomózy a píštěle ke zlepšení derivace moči na úrovni fistuly (obrázek 3). Katétr byl měněn v intervalu čtyř týdnů. U tří pacientů byla nutná definitivní okluze perineální cestou (za 154, 270 a 383 dní). U všech se jednalo o náročný výkon – 365–425 min. K dlouhému intervalu k definitivnímu uzávěru píštěle výkonu vedl u prvního pacienta s RAP v roce 2010 rozvoj komplikující striktury uretry. U tohoto pacienta byla zvolena k derivaci močového měchýře po dvou měsících od LRP pouze epicystostomie 15 CH. Vznikla těžká panstriktura přední uretry, kdy nebylo možné provést kontrolní UCG. Stav byl řešen po šesti měsících od LRP marzipalizací penoskrotální uretry a penilní uretry, následně též resekcí bulbární uretry se zavedením PMK. Po 13 měsících byla provedena perineální cestou excize fistuly se suturou hrdla močového měchýře a přední stěny rekta. Po zhojení následovala po 17 měsících od LRP uretroplastika s použitím laloku předkožky inlay-onlay. U dalších dvou chirurgicky řešených pacientů byl přístup k okluzi též perineální. U všech pěti pacientů následovalo zanoření sigmoideostomie chirurgy za 2–7 měsíců od zhojení píštěle. Všichni pacienti jsou bez recidivy píštěle, uspokojivě kontinentní (0–1 vložka/den) v období 1–8 let od rekonstrukce. Všichni jsou v remisi onemocnění a mají nulové PSA.



Obr. 3. *Permanentní močový katétr s arteficiálně vytvořeným otvorem v úrovni pod balonkem*

Fig. 3. *Permanent urinary catheter with arteficially created opening under balloon*



Obr. 4. *Prostata s velkým středním lalokem*

Fig. 4. *Prostate with the large median lobe*

DISKUZE

Rektoanastomotická píštěl (RAP) je vzácnou ale závažnou komplikací po radikální prostatektomii (RP). Její frekvence v literatuře se udává od 0,12 % do 9 % (1, 2, 3, 4, 5). Za nejzávažnější rizikový faktor vzniku se