

místo kolem vpichu epicystostomie, které bylo zdrojem krvácení a tamponády močového měchýře. Další z pacientů měl PMK do 14. dne též pro prokázanou netěsnost anastomózy na cystografii 7. den (kdy obvykle PMK odstraňujeme) a po odstranění PMK 14. den měl pneumaturii. U čtyř z pěti našich pacientů peroperačně nedošlo k rozpoznání porušení integrity přední rektální stěny, a tudíž se mohly na vzniku RAP podílet i jiné výše uvedené faktory.

V diagnostice RAP nemusí být cystogram (CG) vždy vypovídající a píštěl nemusí být diagnostikována (3). V tomto případě se projeví fekalurií nebo pneumaturii až po odstranění PMK, jako tomu bylo u dvou pacientů v našem souboru. Fistula byla následně diagnostikována uretrocystografií (UCG). Tato vyšetření jsou většinou ze zobrazovacích metod dostatečná, individuálně jsou indikovány MR a CT.

Konzervativní postup v léčbě RAP je méně úspěšný. Je zvažován u píštělí malého průměru, bez fekalurie, která je obvykle známkou píštěle většího průměru, a i u píštělí, které nejsou postradiační (1). U většiny pacientů je derivována nejen moč (PMK, méně často i epicystostomie), ale i stolice (až v 85 % – sigmoideostomie, zřídka ileostomie). Úspěšnost tohoto postupu se v literatuře udává od 14 do 46 % (1, 3). Raritní jsou sdělení o vyšší úspěšnosti (5 ze 7 pacientů) při postupu bez derivace stolice, kde jsou pacienti na čtyřtýdenním režimu parenterální a enterální nutrice, drenáží močového měchýře a krytí širokospektrými antibiotiky (4). Thomas popsal úspěšné zhojení RAP při samotném PMK u tří pacientů (28–100 dní) (3).

Chirurgických postupů uzávěru RAP bylo popsáno více jak 40 (2). Z přehledu literatury z 31 publikací byla většina pacientů operována jedním ze čtyř přístupů: transanálně (4,7 %), transabdominálně (14,1 %) transsfinktericky (26,6 %) a transperineálně (57,6 %). Úspěšnost okluze byla 93,9 % (10). Neexistuje „standardní“ léčba ani srovnávací studie. Většina pacientů má současně derivaci střevní (nejčastěji sigmodeostomie), která je shledána užitečnou díky redukci symptomů a lepší pravděpodobnosti úspěšného zhojení (2, 11).

Nejméně častým je transanální přístup, jehož výhodou je, že není nutná incize análního sfinkteru a nevýhodou horší manévrovatelnost v úzkém pracovním kanálu. Jsou popsány tech-

niky, kdy chirurg při použití análního retraktoru pracuje s laparoskopickými delšími nástroji. Pacient je zde v pronační poloze po předchozím zasondování fistuly cévkou 5 CH (1). Princip excize píštěle do zdravé tkáně a sutury defektu je podobný jako i jiných postupů bez interpozice jiné tkáně či materiálu. Postup je vhodný a kurativní u malých píštělí. Transsfinkterický přístup je nejčastější dle York Masona (popsáno 1969), je více modifikací této metody. V pronační poloze se inciduje anální sfinkter na čísle 2 a toto vede ke zlepšení expozice píštěle v operačním poli. Je to též metoda, kde úspěšnost operace není ovlivněna tím, že je suturou ošetřen jen defekt v rektu (dvě vrstvy) a nikoli močového traktu. Zastánci tohoto postupu udávají nižší riziko vzniku striktury uretrovezikální anastomózy ve srovnání s perineálním přístupem se suturou rekta i močových cest. Nevýhodou je obava z rizika fekální inkontinence. Ve skupině 30 pacientů po této operaci se u dvou (7 %) vyskytla jen inkontinence pro střevní plyny a nikoli pro stolicu a v žádné z publikací s více jak deseti pacienty (celkem 185 pacientů) operovaných touto metodou nebyla fekální inkontinence popsána. U žádného pacienta také nedošlo po tomto výkonu ke zhoršení močové kontinence (12).

Nejčastějším řešením RAP je transperineální okluze. Výhodou je často optimální přístup k membranoprostatické uretře a rektu, umožňuje separovanou suturu močových cest a rekta. Takto lze řešit úspěšně i píštěle většího průměru, které jsou častější po radioterapii nebo salvage RP. V těchto případech se interponuje tkáň nebo jiný materiál mezi tkáňové vrstvy po excizi píštěle. Nejčastěji jde o lalok z musculus gracilis, popsáno bylo i využití omenta, skrotálního myokutánního laloku, bukální sliznice, prasečího kožního štěpu, dále tunica vaginalis a tunica dartos (2, 12, 13, 14). Méně invazivními je použití hemostatické záplaty (TachoSil) nebo endoskopické ošetření píštěle OTSC (over-the-scope-clip) klipem využívaným v gastroenterologii u krvácení nebo perforace stěny žaludku nebo střeva (15).

Chirurgická léčba RAP je úspěšná ve vysokém procentu a opakovaný výkon je nutný nejvíce u 14 % pacientů (2).