

S odstupem dalších dvou týdnů byl v plánu URS vpravo, ale pro spasmus močovodu se nám nepodařilo proniknout do KPS, takže jsme zavedli stent. O měsíc později (7/2018) pacient podstoupil diagnostický URS vpravo, kde byl močovod bez patologie. Až v pánvičce byly nalezeny exofytické struktury sliznice, z nichž jsme odebrali dva vzorky pomocí bioptických kleští za účelem histologické verifikace. Zároveň jsme provedli kontrolu distálního levého močovodu s průkazem recidivy papilomatózních struktur.

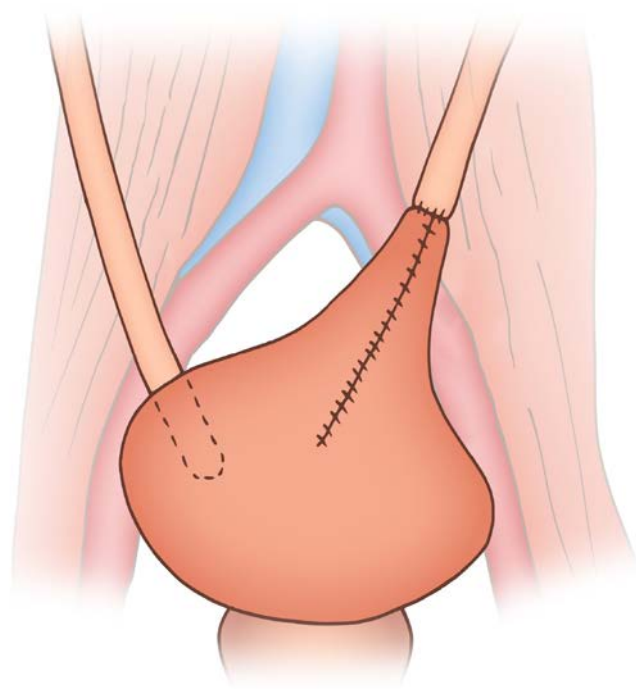
S odstupem proběhla ambulantní kontrola s výsledkem histologie, kde v pánvičce nalezen papilokarcinom pT<sub>a</sub> LG. Pacienta jsme tedy s ohledem na výše uvedené nálezy indikovali k nefroureterektomii vpravo a současně k provedení URS vlevo s event. endoskopickou resekcí.

Výkon byl v plánu záhy 8/2018, na žádost pacienta však proveden až o dva měsíce později – tedy 10/2018. Dle plánu jsme provedli diagnostický URS vlevo, kde juxtavezikálně nález papilárních struktur obturujících lumen s bulózním edémem, proximálním směrem byl však močovod bez patologického nálezu. Protektivně byl zaveden stent a proveden hluboký TUR ústí pravého močovodu. Po změně polohy byl laparoskopicky zahájen výkon na pravé

ledvině, kde v dutině břišní adheze omenta k játrům, a při uvolňování ledviny došlo k dekapulaci spodní části jater s difúzním parenchymovým krvácením. Pro nemožnost uvolnění ledviny laparoskopicky při fibrotickém tuku, difúzním krvácení a nepřehlednosti jsme byli nuceni výkon konvertovat na laparotomický. Dále byl výkon již bez komplikací, provedena nefroureterektomie. Po ošetření vč. naložení horké roušky v místě dekapulace jater bylo operační pole již bez hemoragie, protektivně aplikován hemopatch.

Časný pooperační průběh byl bez příhod, pacienta jsme propustili 6. den po výkonu do domácího ošetřování. Histologicky vyšel high grade papilární uroteliální karcinom ledvinné pánvičky pT<sub>1</sub>. S ohledem na karcinom distálního ureteru vlevo bez nálezu patologie výše jsme indikovali pacienta k resekci tohoto úseku s provedením Boariho plastiky za účelem zachování levé solitární ledviny.

V lednu 2019 jsme z pararektálního řezu vlevo zahájili resekci distálního močovodu nad tumorózní lézí, retroperitoneum nejevilo známky metastáz či jiné patologie. Provedli jsme ještě flexibilní ureteroskopii proximálního močovodu, který byl bez patologie, a vlastní resekce dokončena vytnutím



**Obr. 3.** Schéma Boariho plastiky – tubulizace laloku z měchýře s napojením na pahýl močovodu (zdroj: Filip Mareš, licence CC-BY 4.0)

**Fig. 3.** Boari flap diagram – tubularisation of a flap of bladder to extend from the bladder to the ureteral orifice