

kavých případech je kvůli malfunkci kontinentní derivace nutná konverze na jiný typ, obvykle na inkontinentní derivaci – ileální konduit. Nevýhody de novo vytvořeného konduitu souvisí se zkrácením střeva. Jedná se o metabolické a nutriční komplikace jako jsou průjmy, poruchy vnitřního prostředí nebo deficit vitamínu B₁₂. V naší práci prezentujeme dva případy konverze ortotopické neoveziky na ileální konduit využitím střevního segmentu z původní derivace. Velikou výhodou tohoto postupu je zachování existujícího uretero-enterálního spojení a zároveň možnost vyhnout se další střevní anastomóze.

Bissada et al. v multicentrické retrospektivní studii zhodnotili 29 případů konverze s využitím retubularizovaného střeva z kontinentní derivace nebo augmentovaného měchýře. U třech pacientů popsali konverzi ortotopické neoveziky na ileální konduit bez nutnosti reimplantace ureterů (3) a nezaznamenali u nich žádnou komplikaci. Hautmann et al. publikovali své zkušenosti s konverzí močových derivací (4). Jednalo se o velice heterogenní soubor různých typů konverze a indikací. Při konverzi použili střevní segment z původní derivace u 25/48 (52 %) nemocných, ve třech případech se jednalo o konverzi ileálního pouče na konduit. Autoři zdůrazňují, že pokud je uretero-intestinální anastomóza funkční, je nutné se vždy snažit o její zachování. Autoři

zaznamenali 4% perioperační mortalitu, která byla v jednom případě způsobena mezenterální infarzací ileálního konduitu.

Princip využití střevního segmentu z původní derivace se zachováním uretero-intestinální anastomózy je využitelný i v dalších situacích, jako např. u konverze heterotopické derivace na konduit nebo naopak v případě změny inkontinentní derivace na kontinentní (6, 7). Podobně lze retubularizovaný střevní segment využít také v případě konverze augmentovaného měchýře na ileální konduit, kdy se rekonfiguruje úsek ilea původně využitý k augmentaci (8, 9, 10).

ZÁVĚR

V případě nutnosti konverze kontinentní derivace na ileální konduit lze s výhodou využít materiál ilea z původní derivace a jeho retubularizací získat požadovanou délku. Lze se tak vyhnout dalšímu zkrácení střeva, nové střevní anastomóze nebo reimplantaci močovodů.

Samotný operační výkon je po technické stránce sice náročnější na erudici operátora vzhledem k nutnosti remodelace v terénu pooperačních změn po předchozích výkonech, avšak pooperační průběh u pacienta nebývá spojen s vážnějšími komplikacemi, byť se jedná o zásadní změnu derivačního způsobu.

LITERATURA

1. Jarolím L, Babjuk M, Grim M, et al. Anatomický podklad a klinická interpretace ortotopické neoveziky u ženy. *Ces Urol* 1998; 2(3): 30–34.
2. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM; American Urological Association. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *J Urol* 2015; 193(5): 1545–1553.
3. Bissada NK, Herschorn S, Elzawahri A, et al. Urinary conduit formation using retubularized bowel from continent urinary diversion or intestinal augmentations: I. A multi-institutional experience. *Urology* 2004; 64: 485–487.
4. Hautmann RE, de Petriconi RC, Volkmer BG. 25 years of Experience with 1,000 neobladders: Long-term complications. *J Urol* 2011; 185: 2207–2212.
5. Studer UE, Varol C, Danuser H. Orthotopic ileal neobladder. *BJU Int* 2004; 93(1): 183–193.
6. Ahlering TE, Gholdoian G, Douglas S, et al. Simplified technique with short and long-term follow-up of conversion of an ileal conduit to an Indiana pouch. *J Urol* 2000; 163: 1428–1431.
7. Pahernik S, Wiesner C, Gillitzer R, Stein R, Thüroff JW. Conversion from colonic conduit into recto-sigmoid pouch (Mainz pouch II). *BJU Int* 2006; 97(1): 157–160.