

nosti rizikových faktorů souvisejících s možnou formací píštěle nutí lékaře pomyslet na tuto poměrně vzácnou diagnózu. Důsledně odebraná anamnéza, zevrubné urogynekologické fyzikální vyšetření a barvivový test představují první diagnostické kroky, které jsou často schopné píštěl spolehlivě odhalit. Ze zobrazovacích vyšetření rutinně využíváme retrográdní a mikční cystourethrografii a kontrastní CT močových cest, které vyloučí souběžné poranění močovodů. Uretrocystoskopie v indikovaných případech doplněná biopsií suspektních lézí je nedílnou součástí předoperační diagnostiky. S ohledem na rozsah následujícího sdělení se autoři nezabývají léčbou a managementem píštělí, které budou předmětem budoucího přehledového článku.

KLÍČOVÁ SLOVA

Urogenitální, píštěl, vezikovaginální, porodnický, iatrogenní.

SUMMARY

Prouza A, Tikhonova VL. An introduction to urogenital fistulae: incidence, etiology, classification, symptomatology and how we diagnose them.

The aim of this text is to introduce the topic of urogenital fistulae to the reader. Whereas obstructed labour is the most common cause of fistula formation in the developing countries, it is a quite rare complication in the developed world, where it usually occurs as a result of an unrecognized intraoperative injury of the urinary tract, mainly so during hysterectomy. Pelvic radiotherapy and inflammatory disease are some of the less frequent causes of fistula formation in the developed countries. The presence of involuntary urine loss throughout the day and especially at night during sleep is a typical sign of a fistula. A high level of suspicion for possible urogenital fistula formation must be addressed if these symptoms are associated with some of the risk factors included in the patient's history. Detailed history and physical examination with dye tests may be sufficient in order to reach the correct diagnosis, however retrograde urethrogram and voiding cystourethrogram are routinely used in the diagnostic work-up. CT urogram is a mandatory investigation used to exclude

possible upper urinary tract involvement. We also use urethrocystoscopy with biopsy of the fistula tract if suspicion of malignancy arises in the preoperative assessment of the fistula. The conservative and surgical management of urogenital fistulae is beyond the scope of this text and will be discussed in great detail in our future review article.

KEY WORDS

Urogenital, fistula, vesicovaginal, obstetric, iatrogenic.

.....

ÚVOD

Problematika urogenitálních píštělí je poměrně rozsáhlá a v řadě ohledů tak může i zkušeným lékařům působit jak diagnostické, tak terapeutické rozpaky. Právě z tohoto důvodu působí poměrně překvapivě absence jednotných doporučení, která by tuto tematiku detailně a systematicky zpracovaly¹. Toto je i limitem následujícího sdělení, které se navíc pro nedostatek kvalitně vedených studií opírá z velké části o průřezové a retrospektivní studie, soubory kazuistik, názory expertů a odborných panelů. Jednotlivá data tak musí být pečlivě interpretována.

Píštěl představuje patologickou komunikaci mezi dvěma a vzácně i více orgány. V případě urogenitálních fistulí tak v užším slova smyslu hovoříme o abnormálním spojení mezi přilehlými orgány močového traktu a pohlavního ústrojí ženy. Charakteristiky takové píštěle s jejími příznaky pak nejlépe dokumentuje anatomická klasifikace, tak jak bude uvedeno dále v textu. Většina urogenitálních píštělí se vyvine jako následek porodních poranění a komplikací u žen v rozvojových zemích světa (1, 2). S tímto tvrzením ostře kontrastuje skutečnost, že až 90 % píštělí ve vyspělých zemích vzniká iatrogenně, nejčastěji jako následek pánevní operace (3, 4).

¹V době publikace tohoto přehledového článku jsou k dispozici doporučení EAU (Evropské urologické asociace) ve formě krátkého addenda guidelines pro inkontinenci moči, zatímco ICS (Mezinárodní společnost pro kontinenci) je v poslední fázi vývoje obsáhlého dokumentu terminologie urogenitálních píštělí.