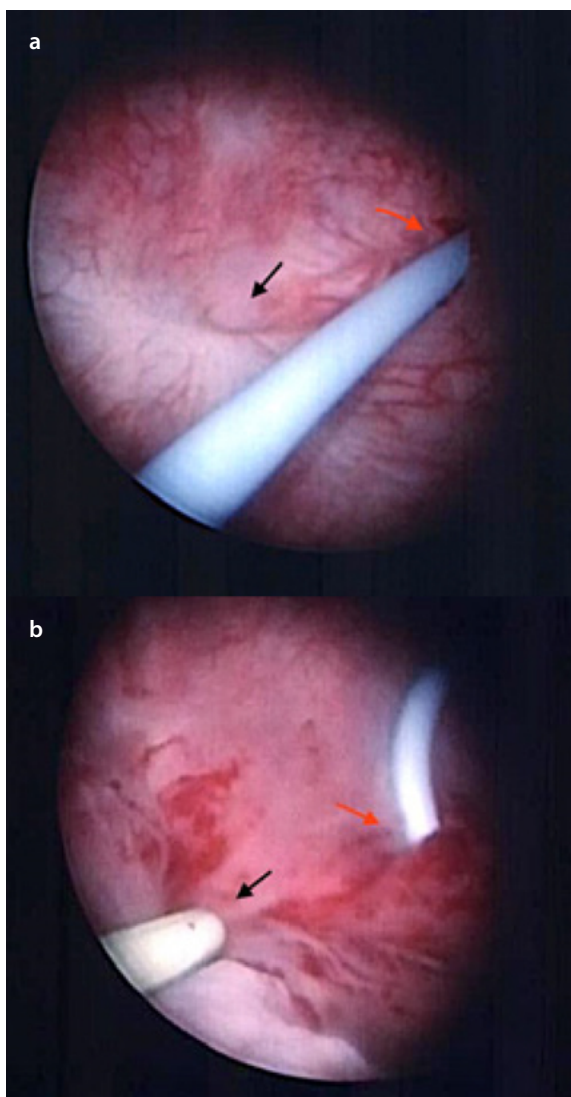




Obr. 6 a, b. a) Typický nálevkovitý vzhled píštěle během cystoskopie (černá šipka), stent zavedený do levého ureteru (červená šipka); b) sondáž píštěle ureterálním katétretem usnadňuje manipulaci a orientaci v průběhu výkonu (černá šipka), stent zavedený do levého ureteru (červená šipka)

Fig. 6 a, b. a) Typical funnel-shaped appearance of the fistula during cystoscopy (black arrow), stent inserted in the left ureteric orifice (right arrow); b) ureteral catheter inserted in the fistula to aid manipulation and navigation during surgery (black arrow), stent inserted in the left ureteric orifice (right arrow)

(Obr. 6b). V případech, kde nemůžeme vyloučit postižení horních močových cest, lze cystoskopii doplnit o současnou ureteroskopii s retrográdní ureteropyelografií. Pochopitelně toto vyšetření pro již významný diskomfort provádíme za svodné či celkové anestezie pacientky. Užitečné je pro-

vést souběžně vaginální vyšetření či vaginoskopii, obzvláště v případech, kdy nejsme schopni adekvátně vizualizovat vrchol pochvy a přesvědčivě identifikovat vaginální ústí traktu píštěle (33). Již výše zmíněná sondáž píštěle nám výrazně usnadní určení její polohy. U pacientek s anamnézou gynekologické malignity či radioterapie pánevní oblasti je naprosto zásadní před případným operačním řešením provést dostatečnou a reprezentativní biopsii píštěle k vyloučení lokální rekurence či sekundární malignity.

URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ

Urodynamika obecně nepatří do rutinního diagnostického repertoáru urogenitálních píštěl žen, nicméně u pacientek, které trpí konkomitantními obtěžujícími symptomy dolních cest močových, může poskytnout obzvláště při svém provedení ve formě videourodynamiky vedle funkčních poznatků i cenné informace o morfologii dolních cest močových. Z naší zkušenosti se 5–10 % všech urogenitálních píštěl podaří diagnostikovat právě jako vedlejší nález videourodynamického vyšetření indikovaného původně pro symptomy stresové či urgentní inkontinence. Při svém správném provedení dokáže videourodynamika spolehlivě identifikovat příčinu úniku moči; rozliší stresový, urgentní či smíšený typ inkontinence od méně častých příčin úniků moči, jako je dysfunkční mikce provázená vaginálním influxem moči, divertikl uretry a právě urogenitální píštěl.

Vstupní videourodynamika zhodnotí výchozí funkční vlastnosti močového měchýře a sfinkterového aparátu a může významně ovlivnit a usnadnit předoperační plánování.

Běžným urodynamickým nálezem tak může být u pacientek se souběžnými jímacími symptomy hyperaktivita detruzoru či vzácněji u pacientek po předchozí radioterapii porucha compliance doprovázená sníženou kapacitou močového měchýře (34). Znalost těchto abnormalit může usnadnit rozhodování o jednodobé augmentační cystoplastice či aplikaci botulinumtoxinu do stěny močového měchýře během rekonstrukce píštěle. Méně často se můžeme setkat