

První kontrola byla měsíc od odstranění katétru. Byla zaměřena na subjektivní hodnocení obtíží a benefitu výkonu a močového residua. Další kontroly probíhají à 6 měsíců, hodnotíme subjektivní obtíže pacienta, uroflowmetrický nález a močové residuum. Invazivní metody jako urografii k vyloučení recidivy striktury či P/Q studii k vyloučení subvezikální obstrukce nepoužíváme pro nesouhlas pacientů.

VÝSLEDKY

Peroperační délka striktury (potřebná délka štěpu) byla cca 25–140 mm, průměrně 50 mm. Rozdíl mezi uretrograficky předpokládanou délkou striktury a peroperačním nálezem vysvětluje závažnost postižení uretry spongiofibrózou a v menší míře nepřesností měření. Vzhledem k délce striktury, která nejčastěji postihovala kromě bulbární rovněž významnou část penilní uretry (v jednom případě prakticky celou), jsme ventrální přístup nepoužili.

Délka výkonu byla 163 ± 29 minut. Žádný z pacientů nevyžadoval krevní převod. Rovněž se nevyvinula infekční komplikace. Pacienti byli propuštěni 3.–5. pooperační den. Již 3. pooperační den byla patrna mohutná granulace v místě odběru štěpu. Na obtíže v dutině ústní související s odběrem štěpu si nikdo z pacientů nestěžoval a komplikace jsme nezaznamenali. Komplikace jsme měli u nemocného s panstrikturou přední bulbární a penilní uretry délky 140 mm (celkem použity 4 štěpy, respektive 2 štěpy rozdělené po délce na polovinu, odběr z obou tváří), a to píštěl v penoskrotálním úhlu, která se objevila 3 týdny po odstranění cévky. Píštěl se zhojila po založení epicystostomie (celkem 3 týdny) a následně byla provedena incize striktury Jordan B v místě sutury štěpů holmiovým laserem a nemocný se pravidelně autodilatuje katétrem F 16 à 5 dní. Výkon však hodnotí kladně (Obr. 2). Pacienti jsou tedy sledováni 5–28 měsíců od výkonu, močí bez residuů, $Q_{\max}$ na UFM je průměrně 14 ± 4 ml/s ($Q_{\text{prům}} 10 \pm 3$ ml/s). Výkon všichni hodnotí kladně, nikdo nebyl akutně ošetřen pro infekci močových cest či retenci močovou. Čtyři nemocní (všichni po LRP) mají po plastice uretry stresovou inkontinenci I.–II. stupně (Obr. 3).



Obr. 2. Muž 71 let, po laparoskopické nervy šetřící radikální prostatektomii pro adenokarcinom pT2a cN0M0 R0 GS 7 (4+3) v 10/2015, brzy poté byla provedena pravidelná dilatace uretry (obvykle pouze 12 F) s následnou epicystostomií. Na uretrografii byla zjištěna panstriktura penilní a bulbární uretry a v 8/2020 byla provedena urethroplastika a meatoplastika (délka striktury 14 cm). Následně uretrální píštěl v penoskrotálním úhlu, přechodně epicystostomie, píštěl zhojená s uretrální strikturou (Jordan B), která byla řešena v 12/2020 incizí Ho/Yag laserem. Již 1/2021 rigidní stenóza v místě řezu, řešená pravidelnou autodilací 16 F.

Fig. 2. Man 71 years old, after laparoscopic nerve-sparing radical prostatectomy for adenocarcinoma pT2a cN0M0 R0 GS 7 (4+3) in 10/2015, early after that regular urethral dilatation was performed (usually only 12 F) followed by epicystostomy. Panstricture of penile and bulbar urethra was detected on urethrography and in 8/2020 urethroplasty and meatoplasty was provided (strictura length 14 cm). Subsequently, urethral fistula in the penoscrotal angle, temporarily epicystostomy, fistula healed with urethral stricture (Jordan B), which was solved in 12/2020 by incision Ho/Yag laser. As early as 1/2021, rigid stenosis at the incision site, solved by regular autodilation 16 F.

DISKUZE

Etiologie striktur uretry se mění. V minulosti šlo zejména o postinfekční, v našem souboru převládaly iatrogenní a posttraumatické striktury (75 % souboru). Otázka jejich řešení je stále problematická a diskutovaná. Rekonstrukce uretry vyžaduje osvojení a zvládnutí řady technik, které