

štěp (3). Použití bukální sliznice není úplně nové. Humby (4) popsal použití bukální sliznice již v roce 1941, ale největšího rozmachu dosáhla až po roce 1990. Barbagli (5) uveřejnil v roce 1998 koncepci dorzálního uložení štěpu s dobrými výsledky. Úspěšnost dorzálně uloženého štěpu bukální sliznice dosahuje na homogenním souboru pacientů při sledování průměrně 38 měsíců až 96 %, dorzálně uložený kožní štěp má jen 85% úspěšnost (6, 7). Raberova (8) prospektivní studie srovnala použití kožního štěpu a bukální sliznice v bulbární uretře. Doba sledování dosáhla průměrně 51 měsíců. Neprokázala statisticky signifikantní rozdíl při použití kožního štěpu a bukální sliznice (úspěšnost 76 vs. 85 %). Dubey et al. (9) zveřejnili srovnávací práci použití štěpu z bukální sliznice u 92 pacientů v různých částech přední uretry, včetně fossa navicularis, a neshledali rozdíly v úspěšnosti metody. Barbagli (10) pak při rekonstrukci výhradně bulbární uretry srovnal umístění štěpů ventrálně, dorzálně a laterálně a nezaznamenal souvislost mezi uložením štěpu a výsledkem plastiky. Nevýhodou této metody je, že při uvolňování spongiózního tělesa dorzálně je třeba přetnout i některé perforující cévy vstupující do toho tělesa. Poškození bulbospongiózních svalů a perineálních nervů může vést k nedostatečným uretrálním kontrakcím s výslednou poruchou evakuace semene a zbytkové moči z uretry. Tyto poruchy mohou vyústit v oslabení proudu ejakulace, ve ztrátu ejakulace, neschopnost ejakulace semene, infertilitu, zadržení zbytkové moči v uretře či postevakuační odkapávání moči. Všechny tyto komplikace se mohou podílet na vzniku dočasné nebo trvalé sexuální dysfunkce. Modifikaci Barbagliho dorzální uretroplastiky uveřejnil Asopa (11), dorzální našíť štěpu provádí přes ventrální sagitální uretrotomii, čímž nemusí uretru rotovat a mobilizovat, a tedy nepoškozuje a nepřetíná perforující cévy, zajišťující krevní zásobení uretry. Na našem pracovišti jsme začali časně provádět umístění štěpu v zadní penilní a bulbární uretře dorzolaterálně ve formě onlay. Techniku publikovali Prabha et al. (12). Uretru mobilizujeme po levé straně dorzálně mírně přes střední čáru a štěp pečlivě fixujeme na levé kavernózní těleso. Výhodou této metody je dobrá

mechanická podpora a vaskularizované lůžko jako u dorzálně umístěného štěpu a tedy dobré podmínky pro přihojení štěpu. Nevýhodou je mírná deviace uretry směrem doleva. U striktur proximální a střední bulbární uretry je možné použít ventrální onlay, jak ho popsali Morey a McAninch (13), a vyhnout se velmi obtížné preparaci, zvláště pokud je nemocný po opakovaném OUTI. Výsledky jsou však horší při silně zjizveném corpus spongiosum, které pak nefunguje jako vaskularizované lůžko štěpu (14). Panuretrální striktura zahrnující jak penilní, tak bulbární uretru, je rozhodně komplexní podskupinou uretrálních striktur a její chirurgické řešení zůstává výzvou. Ačkoli je postupná uretroplastika metodou volby, Kulkarni et al. (15) uvedli vynikající výsledek jednofázového výkonu dorzolaterálního onlay, s mediánem sledování 59 měsíců byla celková úspěšnost 83,7 %. V roce 2001 Guralnick a Webster (16) zavedli termín „augmentovaná anastomóza“ k popisu kombinace dvou konvenčních přístupů k excizi s technikou onlay pro těžké bulbární striktury s minimálně zachovanou chordou uretry. Stručně řečeno, stenotická část uretry se resekuje a po augmentaci je dorzálně či ventrálně provedena end to end anastomóza a protože výsledný lumen uretry by byl příliš úzký, nahradí se zbývající obvod štěpem. Vzhledem k tomu, že transekční procedury mohou v důsledku poškození cév a zkrácení uretry narušit sexuální funkce (17), Palminteri et al. (18) představili koncept oboustranného dorzálního plus ventrálního štěpu pro velmi úzké striktury, kde by jeden štěp nestačil k získání adekvátní šířky lumenu bez transektce uretry. S těmito výkony však zkušenost nemáme.

Folow-up řady pacientů v tomto souboru je krátký. Výkon jsme však začali provádět v listopadu 2019. Celý soubor by měl být znovu hodnocen v odstupu alespoň 24 měsíců a nutno zmínit, že jako úspěšnou rekonstrukci je možno označit jen takovou, kdy není nutná v pooperačním průběhu dilatace uretry. Nutno podotknout, že toto kritérium zatím až na jednu výjimku nemocní splňují, a doufám, že to tak i zůstane. Pooperační kontroly uroflowmetrií zahrnují hodnocení tvaru křivky a Q_{max} . Průměrná hodnota v našem souboru je 14 ml/s, bez močového rezidua. Řada autorů (10–15) při Q_{max}