

Léčba rektoanastomotických píštělí po laparoskopické radikální prostatektomii

Novák K.¹, Kočvara R.¹, Hanuš T.¹, Macek P.¹, Paul O.², Michalský D.²

¹Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha, ²1. Chirurgická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod

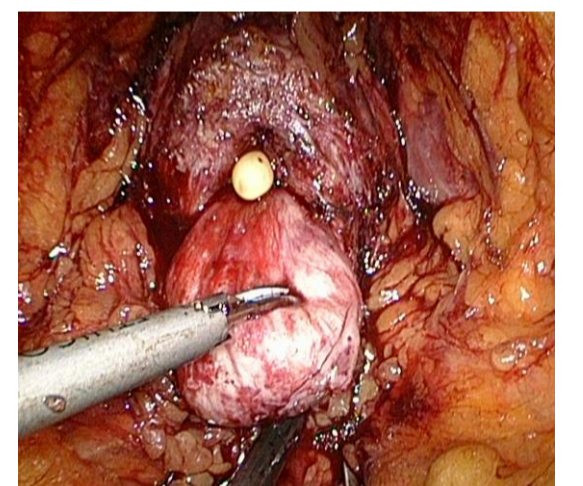
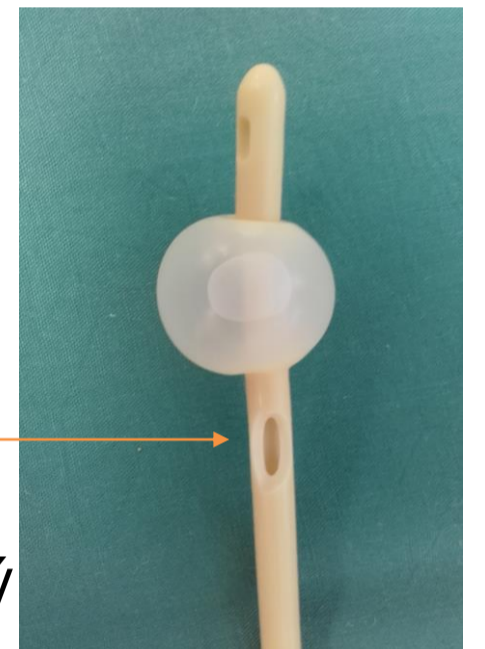
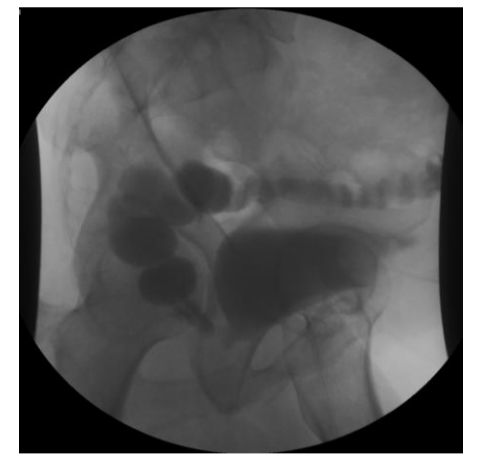
Rektoanastomotické píštěle u pacientů po laparoskopické radikální prostatektomii (LRP) nejsou časté, jde ale o závažnou komplikaci. Rizikovým faktorem je obtížná disekce mezi prostatou a rektum následkem předchozí intervence (opakované biopsie prostaty, TURP aj.) Peroperačními riziky jsou sutura rekta, používání elektrokoagulace nebo svorek Hem-o-loc v oblasti kolem apexu prostaty. Nutná je následná derivace střeva nad píštělí (sigmoideostomie) a derivace moče (permanentní katétr-PK, epicystostomie). Jen takto je naděje na spontánní uzávěr píštěle.

Metody

- V letech 2008 - 2018 jsme diagnostikovali rektoanastomotickou píštěl u 5 pacientů po LRP (0,78%).
- Píštěl se projevila 6.-14. den po výkonu.
- Diagnóza byla potvrzena cystografií (CG) či uretrocystografií (UCG).
- Co nejdříve byla založena sigmodeostomie (1.-5. den po stanovení diagnózy) a moč derivována PK a epicystostomií (15CH).

Výsledky

- U dvou pacientů došlo ke spontánnímu uzávěru píštěle - potvrzeno na UCG 72. a 84. den od stanovení diagnózy. U obou byl v pooperačním období použit Foleyův katétr s arteficiálně vytvořeným otvorem pod balonkem cévky v úrovni vezikouretrální anastomózy a píštěle.
- U tří pacientů byla nutná definitivní **okluze perineální cestou** (za 154, 270 a 383 dní). U všech šlo o náročný výkon - 365-425 min. K dlouhému intervalu k definitivnímu výkonu vedly komplikující stavy, jako byly předchozí endoskopická extrakce svorky Hem-o-loc z píštěle u 1, marsupializace zadní uretry a resekce bulbární uretry u 1 pacienta s rozvojem těžké striktury, který měl v určitém intervalu po zjištění píštěle derivaci moče pouze epicystostomií (viz pacient č. 1 v tabulce níže).
- U všech 5 pacientů následovalo zanoření sigmoideostomie chirurgy za 2-7 měsíců od zhojení píštěle, u výše uvedeného ještě uretroplastika on-lay.
- Všichni pacienti jsou bez recidivy píštěle, uspokojivě kontinentní (0-1 vložka/den) v období 1-8 let od rekonstrukce.



Pacienti (věk, rok operace)	Možné rizikové faktory	BMI	Prostata (g)	Dg. fistuly	Léčba (průkaz zhojení píštěle)
1. 56 let (2010)	Velký střední lalok (obr.)	36	80	10. den	Perineální okluze (383 dní)
2. 66 let (2010)	Předchozí TURP, 4x TRUS Bx	29	68	6. den	Perineální okluze (270 dní)
3. 70 let (2016)	Před LRP retence moče, PK 4 měsíce	24	55	14. den	Perineální okluze (154 dní)
4. 64 let (2017)	5x TRUS Bx, peroperační sutura rekta	39	64	7. den	spontánní (72. den)
5. 62 let (2017)	3. den po LRP tamponáda moč měchýře po založení epicystostomie pro urinózní sekreci drénem - elektrokoagulace	27	61	14. den	spontánní (84. den)

Závěr

Rektoanastomotická píštěl po LRP je závažnou komplikací, vyžaduje časnou derivaci střeva i močových cest. Za těchto podmínek je někdy možné spontánní zhojení. Uzávěr píštěle perineální cestou je náročná a dlouhotrvající operace, která ale vede k definitivnímu vyřešení stavu.