

STRIKTURY URETRY

MUDr. Jaroslav Ženíšek

Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice

Striktura uretry vede u řady nemocných k vážným močovým potížím, které výrazně omezují jejich životní komfort. Počet pacientů přitom stále roste, zvláště vlivem jatrogenních postižení souvisejících s rozvojem endourologie či nutností sledování diurézy pomocí zavedeného katetru v jiných oborech. Proto se v posledních letech tomuto onemocnění zaslouženě věnovala pozornost urologů. Výsledkem bylo zavedení nových, časově náročných plastických operací, které dávají mnoha pacientům šanci na trvalé vyléčení.

DEFINICE

Striktura uretry je definována jako jizva vznikající následkem poranění nebo zánětlivé destrukce tkáně. Kontrakcí této jizvy, která nebývá elastická, se zkracuje obvod a redukuje průsvit uretry. Normální uretra měří 30 Fr., její průměr činí 10 mm, plocha průsvitu je okolo 78 mm².

ANATOMIE

Urethra posterior (fixa)

Pars intramuralis ve stěně močové trubice

Pars prostatica v prostatě

Pars membranacea v diaphragma urogenitale

Urethra anterior (mobilis)

Pars spongiosa v corpus spongiosum penis, která se dále dělí na

- bulbární
- penilní
- glandární

ETIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE

Obecným faktorem je parciální ztráta výstelky uretry v důsledku traumatu (endo či exogenního) nebo zánětu. Dochází tak k obnažení spongiozní tkáně, k její trombóze a následné spongiofibróze.

Úrazy uretry

Tupá poranění jsou často sdružena se zlomeninami pánve, nejčastěji v membranózní oblasti, kde je uretra fixovaná.

Penetrující poranění jsou vzácná.

Ruptury uretry s odtažením obou konců, nejčastěji v oblasti membranózní části ve spojitosti se zlomeninami stydkých kostí. Následné hojení vede k distrakčním defektům s obliterací obou konců, eventuálně k rozsáhlé fibróze po resorpci hematomu.

Iatrogenní poranění (jsou nejčastější) vznikají při zavádění katetru, dále tlakem silného založeného katetru na stěnu uretry s následnou nekrózou sliznice a infekcí. Při instrumentaci pak v souvislosti s nedostatečnou lubrikací nebo nepoměrem nástroje s kalibrem uretry.

SUBJEKTIVNÍ POTÍŽE

Striktura se projevuje nespecifickými symptomy dolních cest močových (LUTS), kam patří slábnoucí proud moče, časté močení, nykturie, urgence při infekci stragurie. Dále pak bolestmi při komplikující epididymitidě, bakteriální prostatitidě, eventuálně periuretrálním abscesu.

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ

Klinický obraz je většinou chudý, dominují spíše komplikace spojené se subvezikální obstrukcí, kterou striktura představuje, jako jsou orchiepididymitis, prostatitis, uretrokutánní píštěl, parauretrální absces.

DIAGNOSTICKÉ METODY**Rtg metody**

Retrográdní uretrografie, mikční cystourethrografie, fistulografie. Obecně patří mezi základní vyšetření, provádí se vždy před případnou endoskopií, eventuálně katetrizací měchýře.

Endoskopické metody

Uretroskopie retrográdní, eventuelně antegrádní při založené epicystostomii, cystoskopie.

Urodynamická vyšetření

Uroflowmetrie k posouzení proudu moče a charakteru močení. Jiná urodynamická vyšetření nemají význam.

KLASIFIKACE STRIKTUR**Jordanova klasifikace striktur přední uretry**

a) slizniční řasa, není spongiofibróza	b) cirkulární striktura, minimální či žádná spongiofibróza
c) stěna částečně postižena spongiofibrózou	d) stěna kompletně postižena spongiofibrózou
e) spongiofibróza zasahuje do okolí	f) striktury komplikované píštělemi

Striktury zadní uretry

sfinkterické striktury	• ischemické
posttraumatické distrakční defekty uretry	• zánětlivé
	• krátký defekt a minimální fibróza
	• krátký defekt a rozsáhlá fibróza
	• dlouhý defekt, rozsáhlá fibróza, píštěle

TERAPIE STRIKTUR**Dilatace uretry**

Metoda indikovaná u striktur přední uretry, požadované intervaly mezi dilatacemi 6–12 měsíců. Vhodná též tam, kde jiný způsob léčby není možný.

Autodilatace

Metoda vyžaduje spolupracujícího, duševně i fyzicky zdatného pacienta, který odmítá jiný způsob řešení. Provádí se tam, kde intervaly dilatací jsou kratší než 6–12 měsíců. Využívá se u striktur přední i zadní uretry.

Optická uretrotomie

Metoda je vhodná k řešení dosud neléčené krátké striktury, nejlépe v bulbární části uretry (skupina a) a b) dle Jordana). Nesprávná indikace či opakovaný výkon vede pouze k dočasnému odstranění překážky. Recidivy striktur po uretrotomii jsou v převážné většině indikovány k uretroplastice.

Laser

Zatím nebyla prokázána větší účinnost než u klasické uretrotomie

Stenty a spirály

Je možné je využít jak pro primární terapii, tak po uretrotomii či neúspěšné uretroplastice, podle toho se liší i výsledky.

Uretroplastika

Na rozdíl od endoskopických technik jde o operační výkon poměrně časově náročný.

3 základní postupy:

- a) excize (resekce postižené části uretry) a anastomóza
- b) substituční uretroplastika s náhradou uretry formou štěpu (graftu) nebo laloku (flapu) z kůže či sliznice
- c) kombinace obou předešlých technik

Předoperační příprava

Zvláštní pozornost věnujeme eradikaci infektu, samotný výkon zajišťujeme profylakticky širokospektrým antibiotikem, jinak se příprava neliší od jiných urologických výkonů.

Pooperační péče

Potlačení erekce.

ATB profylaxe, eventuálně s ATB proplachem perforovaného uretrálního katetru.

Včasná mobilizace operovaného, u plastik v oblasti bulbární a membranózní uretry pacientům zakazujeme sedět.

Drenáž po uretroplastice

Po přenosech štěpů (graftů) a po resekčních uretroplastikách s anastomózou se využívá poměrně silný uretrální katetr (nutnost komprese štěpu proti jeho lůžku). U lalokových plastik pak epicystostomie a současně tenký uretrální katetr bez úprav či fenestrování, eventuálně jen uretrální stent.

Drenáž odstraňujeme zpravidla po 2–3 týdnech, po rtg vyšetření k vyloučení paravazace kontrastu; je-li přítomna, doba drenáže se prodlužuje.

Literatura

1. Fiala R, Zátūra F, Reif R. Striktura a trauma mužské uretry, Praha, StudiaGeo, edice UROLOG, 1999: 1.

2. Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, et al. Campbell's Urology, 6. vydání, Philadelphia, W.B. Saunders Co. 1992.