

URETEROKUTÁNNÍ PÍŠTĚL U PACIENTKY S PERIRENÁLNÍM HEMATOMEM

MUDr. Michael Pešl, MUDr. Libor Šafařík, MUDr. Josef Sedláček, prof. MUDr. Jan Dvořáček, DrSc.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Uvedena kazuistika nemocné, u které došlo ke vzniku ureterokutánní píštěle po iatrogenním poranění močového. Tato komplikace byla úspěšně vyřešena pomocí dočasně založené perkutánní nefrostomie a ureterálního stentu.

Úvod

Ureterální píštěle (UP) patří mezi nepříliš časté komplikace, vznikající nejčastěji na podkladě iatrogenního poranění močového (4). Ureterokutánní píštěle byly popsány po nefrektomii (1), renální biopsii (3), gynekologických a porodnických operacích (2) a dokonce i po operaci na kyčli (6). Ke vzniku UP může dojít bezprostředně po poranění močového, ale je popsán i vznik píštěle za 40 let po nefrektomii (8). Warnock referoval o UP v souvislosti s xantogranulomatózní pyelonefritidou (9). Spontánní ruptura ureteru je ojedinělou komplikací, končící většinou vznikem periureterálního abscesu.

Léčba UP je většinou dlouhodobá a komplexní, preferují se endoskopické a miniinvasivní

metody. Lang úspěšně použil u pěti pacientů antegrádně zavedené ureterální stenty (5). K uzavěru ureterokutánní píštěle reimplantovaného močového došlo i po subtrigonální injekci polytetrafluoretylenu (7). Při neúspěchu miniinvasivních výkonů je nutno přistoupit k revizi a event. rekonstrukční operaci.

Kazuistika

Prezentujeme případ 59leté pacientky s renálním selháním na podkladě rychle progredující ANCA-C pozitivní glomerulonefritidy. Pacientka dlouhodobě užívala imunosupresivní léčbu (Prednison 20 mg–5 mg–0 a Cyclofosamid 50 mg 1–0–1).

Následkem nekorigované antikoagulační léčby pro fibrilaci síní došlo počátkem února 2003 ke vzniku rozsáhlého perirenálního hematomu, který si vyžádal otevřenou revizi se založením drenáže v jiném zdravotnickém zařízení. Při této revizi došlo k peroperačně nerozpoznané lézi levého močového, podél drénů se objevila masivní urinózní sekrece. Pro progresi renální insuficience (kreatinin 389,0 $\mu\text{mol/l}$, urea 35,2 mmol/l) byla pacientka přeložena na 1. interní kliniku Všeobecné fakultní nemocnice.

Na našem pracovišti byla nemocná poprvé ošetřena v druhé polovině února 2003, kdy byla provedena levostranná ascendentní ureteropyelografie (APG). Na ní se prokázala paravazace kontrastní látky (k. l.) v místě drénů, kde byl močovod navíc deviován laterálně (obrázek 1). Endoskopicky jsme zavedli ureterální stent 7 CH /28 cm. Dále byly drény postupně zkracovány, ale urinózní sekrece přetrvávala.

S odstupem deseti dnů jsme zopakovali APG vlevo. Kontrastní látka stále unikala z močového v úrovni meziobratlové ploténky L2/L3. Proto jsme ke zlepšení derivace moči vyměnili ureterální stent za ureterální katétr 7 CH. Vzhledem k tomu, že pak stále přetrvávala urinózní sekrece drénem, rozhodli jsme se pro založení perkutánní nefrostomie (12 CH) vlevo, ureterální katétr jsme vyměnili za stent 7 CH, který byl ponechán jako splint k usnadnění hojení močového. Po jedenácti dnech jsme provedli nefrostomogram (NSG), kde se neprokázal únik k. l., jen cípovitě vytažení levého močového v místě píštěle (obrázek 2). Nefrostomii jsme zkusmo uzavřeli.

Po pěti dnech jsme extrahovali ureterální stent z levého močového a po dalších deseti dnech jsme zopakovali NSG, kde k. l. volně postupovala močovodem do měchýře, bez známek úniku mimo močové cesty. Na základě těchto výsledků jsme nefrostomii odstranili.

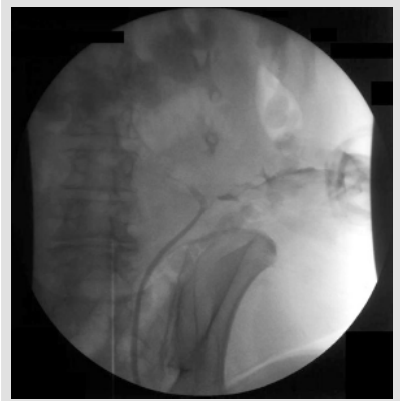
Pacientka je po sedmi měsících sledování v dobrém zdravotním stavu a bez známek recidivy ureterokutánní píštěle. Laboratorní hodnoty po zhojení píštěle: kreatinin 135,0 $\mu\text{mol/l}$, urea 8,6 mmol/l .

Závěr

Ureterokutánní píštěl je vzácná komplikace, vznikající většinou na podkladě poranění močového. Základem léčby je zajištění dokonalé drenáže dutého systému ledviny. Uvedením této kazuistiky chceme upozornit na možnost řešení ureterokutánní píštěle pomocí miniinvasivních urologických metod bez nutnosti otevřené operace.

Práce byla podpořena projektem VZ MSM 111100005.

Obrázek 1. Ascendentní pyelografie vlevo. Na snímku je patrná lokalizace ureterokutánní píštěle



Obrázek 2. Nefrostomogram vlevo. V místě původní píštěle zbývá pouze cípovitě vytažení ureteru laterálně



Literatura

1. Belis JA, McCuskey BM. Ureterocutaneous fistula following nephrectomy. W V Med J, 1980; 76: 49–50.
2. Derevianko IM. Rare forms of ureteral fistulae occurring after obstetrical and gynecological operations. Urol Nephrol, 1994; 6: 45–46.
3. Fraser RA, Leary FJ. Ureterocutaneous fistula following percutaneous renal biopsy. J Urol, 1973; 109: 931–933.
4. Goldwasser B, Hertz M, Nativ O, Husar M, Jonáš P, Many M. Ureterocutaneous fistulas secondary to urinary calculous disease. J Urol, 1985; 25: 71–73.
5. Lang EK, Kanada JA, Garrett J, Stripling J, Pakomár J. The management of urinary fistulas and strictures with percutaneous ureteral stent catheters. J Urol, 1979; 122: 736–740.
6. Salomon MH, MacGregor RJ. Ureterocutaneous fistula following hip surgery. J Urol 1980; 124: 427–428.
7. Saslawski M, Niederberg C, Schacht M, Prinz L, Ross L. Ureterocutaneous fistula: a case report of treatment by subtrigonal injection of polytetrafluoroethylene (Sting procedure). J Urol, 1989; 142: 1310–1311.
8. Shahidi S, Friče J, Kay L. A ureterocutaneous fistula forty years after nephrectomy. Scand J Nephrol, 2000; 34: 282–283.
9. Warnock N, O'Flynn KJ, Thomas DG. Xantogranulomatous pyelonephritis and ureterocutaneous fistula. Br J Urol, 1991; 67: 549–550.