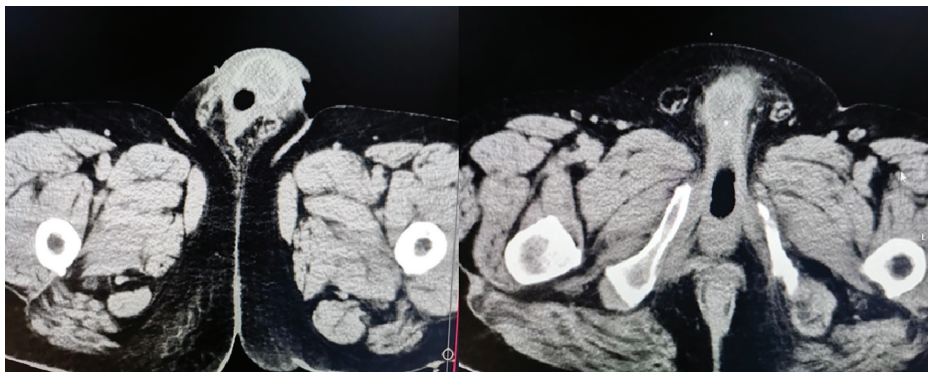


Obr. 1. Montážní pěna při CT zobrazení



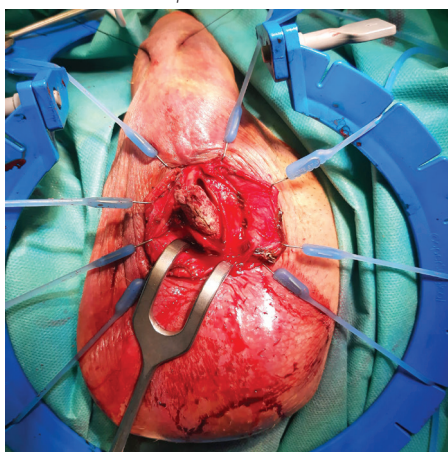
mie s postupným odstraněním montážní pěny po částech (Obr. 2). Následně s uzavřením uretry i operační rány po anatomických vrstvách. Ihned po výkonu byla provedena kontrolní uretrocystoskopie s následujícím nálezem: široké lumen uretry se zánětlivými změnami, obstrukce prostatické uretry zvětšenými postranními laloky prostaty. V močovém měchýři patrné velké iritační změny, přehlednost proto omezená. Výkon ukončen zavedením močového katétru.

Dvanáctý pooperační den, kdy byla operační rána již zhojena per primam, byl extrahován močový katétr. Pacient močil s obtížemi, při UZ vyšetření bylo patrné postmikční reziduum kolem 300 ml. Z tohoto důvodu byla indikována mikční a ascendentní uretrocystografie (Obr. 3). Při pokusu o spontánní mikci se kontrastní látka nedostávala přes hrdlo močového měchýře, proto byl znovu zaveden PMK. Pacient byl propuštěn do domácí péče s antibiotickou terapií a indikován k uretrocystoskopii ve druhé době.

Po třech týdnech při kontrole byl opět extrahován PMK. Pacient močil nadále s vysokým postmikčním reziduem, proto byla indikována kontrolní uretrocystoskopie. Souběžně bylo pacientovi navrženo i operační řešení hyperplastické prostaty enukleační metodou s cílem dosáhnout dezobstrukce močových cest. Uretroskopie byla bez větších pozoruhodností. Překvapením pro nás byl nález reziduálního tubusu montážní pěny v délce cca 5 cm plovoucí ve vertexu močového měchýře, který při UZ vyšetření nebyl patrný.

K jeho dezintegraci jsme zvolili zákrok miniinvasivní. Vyzkoušeli jsme různé modalitativy za využití laseru (Obr. 4), endoresektoru či mechanické rozrušení kovovým trojzubcem. Nejvíce se nám osvědčila dezintegrace meto-

Obr. 2. Montážní pěna v uretře



dou bipolární vaporizace (Obr. 5). Fragmenty následně byly z močového měchýře kompletně extrahovány. Dále stran zvětšení byla provedena transuretrální bipolární enukleace prostaty (TUBEP) a široké rozevření fibrózního hrdla. Na závěr byl zaveden močový katétr.

Třetí pooperační den, po extrakci katétru již pacient močil volně, bez nálezů postmikčního rezidua. V celkově dobrém stavu byl propuštěn do domácí péče. Kontrolní uretrocystoskopie po 3 měsících byla bez známek defektů či striktury uretry. Lůžko po TUBEP volné, močový měchýř bez suspektního nálezů.

Diskuze

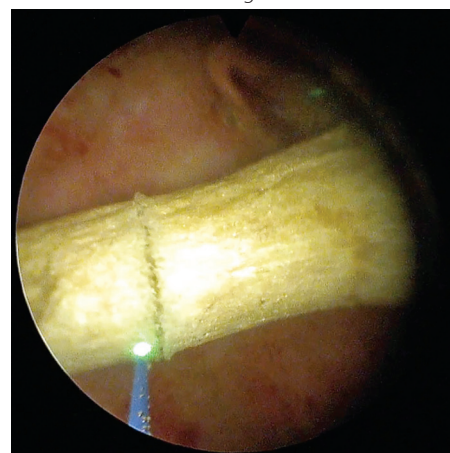
Ačkoliv nepředpokládáme velké množství podobných odvážných experimentátorů, přinášíme z našeho případu pár poznatků. V odborných publikacích jsme našli pouze jeden případ aplikace montážní pěny do urotraktu (3). Jednalo se ovšem o poškození většího rozsahu.

Akutní derivace moči při poškození uretry montážní pěnou se doporučuje pouze cestou punkční epicystostomie. Operace s časovým odstupem od incidentu se nakonec ukázala jako

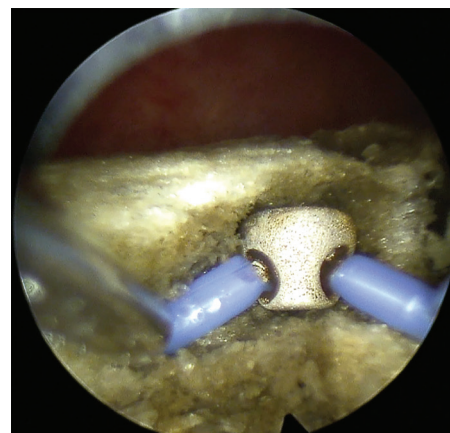
Obr. 3. Stagnace kontrastní látky v močovém měchýři



Obr. 4. Laserová dezintegrace



Obr. 5. Dezintegrace metodou bipolární vaporizace



výhodná – montážní pěna byla obalena vazkým hlenem usnadňujícím extrakci. Doba mezi incidentem a operací v našem případě činila tři dny. Z důvodu nedostatku klinických zkušeností, jak se bude montážní pěna chovat ve vztahu ke sliznici uretry, byl zvolen otevřený postup.

Po výkonu zajisté doporučujeme provést řádnou uretrocystoskopii. Menší reziduální fragmenty montážní pěny lze řešit i perkutánním přístupem po dilataci punkčního kanálu po akutně zavedené epicystostomii. V našem případě fragment nebyl k této me-