

Επίσχεση ούρων σε γυναίκα οφειλόμενη σε καλοήγη όγκο του κυστικού αυχένα: Μια σπάνια περίπτωση θηλωματώδους κυστίτιδας

Κ. Σταματίου, Μ. Ολυμπίτης.

Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

(Επιστημονικά Χρονικά 2012;17(3): 173-174)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ασθενής 56 ετών γυναίκα παραπέμφθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με επίσχεση ούρων. Ανέφερε δυσουρία για περισσότερο από 1 μήνα. Στην κλινική εξέταση το έξω στόμιο της ουρήθρας αποφράσσονταν από μαλακό αιμορραγικό ιστό ο οποίος αφαιρέθηκε χειρουργικά. Το υπερηχογράφημα δεν έδειξε υδρονέφρωση ή πάχυνση του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης ενώ η τελευταία κενώθηκε πλήρως μετά την ούρηση. Στην κυστεοσκόπηση ελέγχου διαπιστώθηκε η παρουσία εξωφυτικής βλάβης στον αυχένα της ουροδόχου κύστης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε διουρηθρική εκτομή του όγκου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε θηλωματώδη κυστίτιδα. Ένα μήνα μετά τη διάγνωση η θεραπεία είχε άριστο αποτέλεσμα στην ανακούφιση από τα συμπτώματα. Το ως άνω αναφερόμενο, είναι το πρώτο περιστατικό θηλωματώδους κυστίτιδας που παρουσιάζεται με επίσχεση ούρων στην ελληνική βιβλιογραφία.

Λέξεις ευρετηρίου: θηλωματώδης κυστίτιδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιδημιολογία της επίσχεσης των ούρων στις γυναίκες δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς. Υπάρχουν πολυάριθμα αίτια που κατηγοριοποιούνται ευρέως σε φλεγμονώδη, φαρμακογενή, νευρογενή, ανατομικά, μυοπαθητικά και λειτουργικά. Σε αντίθεση με την επίσχεση των ούρων στους άνδρες τα αμιγώς αποφρακτικά αίτια είναι σπάνια [1]. Η αρχική διαχείριση περιλαμβάνει την κένωση της ουροδόχου κύστης (εάν η γυναίκα είναι συμπτωματική ή σε κίνδυνο επιπλοκών) και τη διόρθωση των πιθανών αιτίων. Η διερεύνηση πρέπει να επικεντρώνεται στον εντοπισμό της υποκείμενης παθοφυσιολογίας ή του αναστρέψιμου παράγοντα που προκαλεί την επίσχεση και βασίζεται στο λεπτομερές ιστορικό, τη γενική και γυναικολογική εξέταση την ανάλυση ούρων και το υπερηχογράφημα. Η κυστεοσκόπηση και ο ουροδυναμικός έλεγχος μπορεί να απαιτούνται σε ειδικές περιπτώσεις [1].

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Ασθενής 56 ετών γυναίκα παραπέμφθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας με

επίσχεση ούρων. Ανέφερε ήπια δυσουρία για περισσότερο από 1 μήνα και ιστορικό καθετηριασμού στα πλαίσια νοσηλείας για χειρουργική επέμβαση του πεπτικού. Πρόσφατο ιστορικό ουρολοιμώξεων δεν αναφέρθηκε. Στην κλινική εξέταση το έξω στόμιο της ουρήθρας αποφράσσονταν από μαλακό αιμορραγικό ιστό ο οποίος αφαιρέθηκε χειρουργικά. Το υπερηχογράφημα δεν έδειξε υδρονέφρωση ή πάχυνση του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης ενώ η τελευταία κενώθηκε πλήρως μετά την ούρηση. Στην κυστεοσκόπηση ελέγχου διαπιστώθηκε η παρουσία υπολειπόμενης εξωφυτικής βλάβης που εξορμάται από τον αυχένα της ουροδόχου κύστης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε διουρηθρική εκτομή του όγκου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε θηλωματώδη κυστίτιδα.

ΣΧΟΛΙΟ

Η θηλωματώδης κυστίτιδα είναι αντιδραστικού τύπου βλάβη του ουροθηλίου που εμφανίζεται μετά από χειρουργείο της κύστης, χειρισμούς ή καθετηριασμούς. Μπορεί επίσης να οφείλεται σε

κυστεο-εντερικό συρίγγιο λόγω εκκολπωματίτιδας ή καρκίνου του σιγμοειδούς αλλά και σε υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Περιγράφεται και ως πολυποειδής κυστίτιδα και αναπτύσσεται σε συγκεκριμένες θέσεις της κύστης: οι βλάβες από το άκρο του καθετήρα αναπτύσσονται στο άνω τμήμα του οπισθίου τοιχώματος, οι βλάβες του κυστεο-εντερικού συρίγγιου στο οπισθοπλάγιο τοίχωμα και ιδιαίτερα μάλιστα στο αριστερό πλάγιο ενώ οι βλάβες, από χειρουργείο χειρισμούς της κύστης ή υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις εντοπίζονται στον αυχένα []. Οι βλάβες είναι πολλαπλές με ευρεία βάση και φυσαλιδώδη ή οίδηματώδη υφή. Οι πολυποειδείς αυτοί σχηματισμοί έχουν λεπτές θηλές που καλύπτονται από φυσιολογικό ή υπερπλαστικό ουροθήλιο. Ωστόσο, μπορεί να είναι μονήρης εξωφυτικού τύπου με σχετικά λεπτή βάση και ευρύτερες θηλές. Το ουροθήλιο είναι λεπτότερο αλλά χωρίς ατυπία. Τόσο στη μια όσο και στην άλλη περίπτωση η επιφανειακή στιβάδα είναι ακέραια και το στρώμα μπορεί να είναι οίδηματώδες ή σπανιότερα ινώδες. Εκτός από το στρώμα και τα αιμοφόρα αγγεία μπορεί να έχουν αλλοιώσεις χρόνιας φλεγμονής.

Στην πραγματικότητα, ο όρος θηλωματώδης κυστίτιδα αφορά τις βλάβες του πρώτου τύπου και πολυποειδική κυστίτιδα του δεύτερου. Όχι σπάνια οι βλάβες αυτές μπορεί να συγχέονται με θήλωμα ιδιαίτερα μάλιστα όταν απουσιάζει το ιστορικό πρόσφατου καθετηριασμού ή υποτροπιάζουσας ουρολοίμωξης []. Η παθοφυσιολογία αυτών των βλαβών δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί, καθώς όμως παρατηρούνται σε φλεγμονώδεις καταστάσεις (σηπτικές ή άσηπτες) θεωρείται ότι σχετίζονται με μεταπλαστικές αλλαγές του ουροθηλίου που τις απαρτίζει ή που τις περιβάλλει. Η πιο σημαντική διαφορική διάγνωση θηλωματώδους κυστίτιδας είναι το θηλώδες καρκίνωμα του μεταβατικού επιθηλίου καθότι οι λεπτές θηλές της πρώτης δύσκολα διακρίνονται από το καρκίνωμα της ουροδόχου κύστης όταν το ουροθήλιο είναι υπερπλαστικό. Αντίθετα, η πολυποειδική κυστίτιδα στις περισσότερες περιπτώσεις διακρίνεται ευχερέστερα από το θηλώδες καρκίνωμα του μεταβατικού επιθηλίου. Κλειδί για την διάγνωση αποτελεί το ιστορικό σε συνδυασμό με την παθολογοανατομική εξέταση (). Αξιοσημείωτα στην περίπτωση.

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ

1. Mevcha A, Drake M. Etiology and management of urinary retention in women. *Indian J Urol.* 2010;26(2):230–235.
2. Hameed O, Humphrey PA. Pseudoneoplastic mimics of prostate and bladder carcinomas. *Arch Pathol Lab Med.* 2010;134(3):427-43.
3. Cheng L, Bostwick DG. Overdiagnosis of bladder carcinoma. *Anal Quant Cytol Histol.* 2008;30(5):261-4.
4. Buck EG. Polypoid cystitis mimicking transitional cell carcinoma. *J Urol.* 1984;131(5):963

CASE REPORT

Urinary retention due to benign tumor of the bladder neck in a woman; A rare case of papillary cystitis

K.Stamatiou, M. Olympitis

Urology Department, Tzaneio General Hospital, Piraeus, Greece

(*Scientific Chronicles* 2012;17(3): 173-174)

ABSTRACT

A 56-year-old woman patient was referred to the out patient department of our hospital presenting with urinary retention. She reported dysuria for more than one month. Upon clinical examination the external orifice of the urethra was obstructed by a hemorrhagic soft tissue, which was surgically removed. Ultrasonography didn't revealed hydronephrosis or thickening of the bladder wall. Cystoscopic examination revealed a papillary lesion on the bladder neck. Patient underwent transurethral resection of the bladder tumor. Pathological examination of transurethral punch biopsy diagnosed papillary cystitis. One month after diagnosis, treatment resulted in an excellent relief of symptoms. To our knowledge, this is the first case of papillary cystitis presenting with urinary retention reported in the Greek literature

Keywords: papillary cystitis