

¹L. Hyršl, ¹I. Kawaciuk, ¹P. Dušek, ²J. Hanika¹Urologická klinika UK 2. LF Praha a FN Motol
přednosta: doc. MUDr. I. Kawaciuk, CSc.²Ústav patologické anatomie UK 2. LF Praha a FN Motol
přednosta: prof. MUDr. R. Kodet, CSc.

FIBROEPITELIÁLNÍ POLYP HORNÍCH MOČOVÝCH CEST

KLÍČOVÁ SLOVA

Fibroepiteliální polyp
Benigní nádor
Diagnostika
Terapie

SOUHRN

Fibroepiteliální polyp (FP) horních močových cest je vzácně se vyskytující benigní tumor mezodermového původu. Autoři uvádějí tři kazuistiky nemocných s FP a v diskusi se na základě svých zkušeností a údajů v literatuře zabývají diagnostikou a způsobem léčby tohoto onemocnění.

KEY WORDS

Fibroepithelial polyp
Benign neoplasma
Diagnostics
Treatment

SUMMARY

FIBROEPITHELIAL POLYPUS OF THE UPPER URINARY TRACT

The fibroepithelial polyp (FP) of upper urinary tract is a rare benign neoplasm of mesodermal origin. The authors report on three patients with this disease and in the discussion deal with the diagnostic and treatment modalities of this disease based on their own experience and literature data.

ÚVOD

Fibroepiteliální polyp patří mezi vzácně se vyskytující mezodermální nezhoubné nádory cest močových. Jeho diagnostika je v současné době rozhodující pro volbu odpovídajícího způsobu léčby. Dovolíme si uvést 3 kazuistiky nemocných, kteří byli léčeni na urologické klinice UK 2. LF a FN.

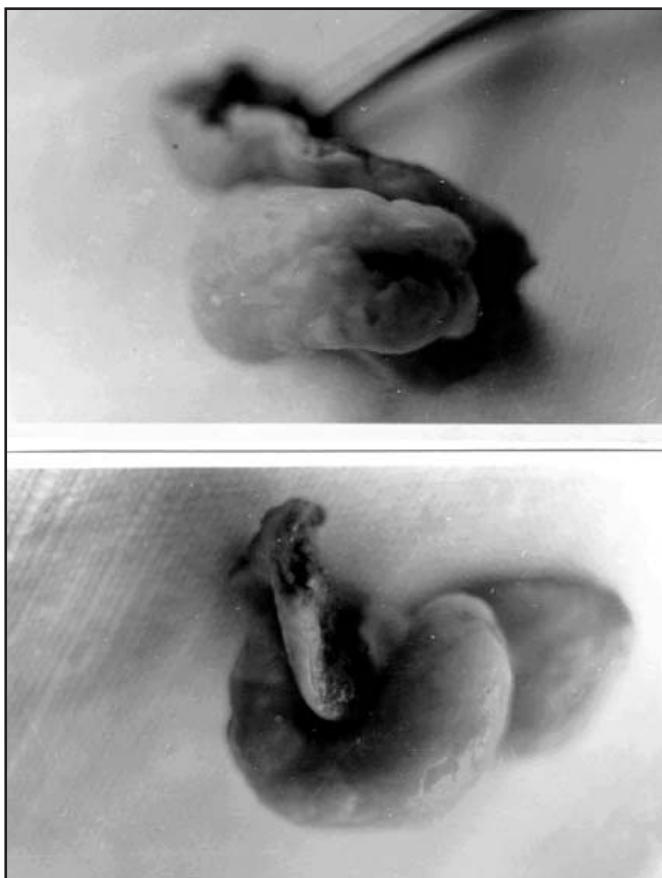
KAZUISTIKY

Na urologické klinice jsme za posledních 30 let diagnostikovali a léčili tři případy fibroepiteliálního polypu horních močových cest.

První nemocný, 40letý muž, byl hospitalizován pro recidivující makroskopickou hematurii. Objektivní somatický nález a základní biochemická vyšetření krve byly normální. Na vylučovací urografii se zobrazil nekontrastní, ostře ohraničený defekt pod pyelo-ureterálním přechodem vpravo, velikosti 20 x 5 mm, se střední dilatací dutého systému nad ním. Cytologie moče nebyla provedena, cystoskopické vyšetření až na ejakulaci krví zbarvené moče z pravého ureterálního ústí bylo bez patologického nálezu. Na základě těchto vyšetření jsme se rozhodli pro operační revizi

(endoskopické vyšetření horních močových cest v době léčení nemocného nebylo dostupné). Byla provedena ureterotomie těsně nad hmatnou rezistencí v močovodu a do tomie vybaven šedavý polypózní stopkatý útvar (báze stopky byla 5 mm široká) hladkého povrchu, nebudící dojem z malignity (obr. 1). Peroperační histologie diagnostikovala fibroepiteliální polyp. Vzhledem k nálezu jsme provedli resekci postižené části močovodu a jeho přechodu v pánevku ve zdravé tkáni s následnou ureteropyeloanastomózou. Pooperační průběh byl bez komplikací. Definitivní histologické vyšetření potvrdilo výsledek peroperační biopsie.

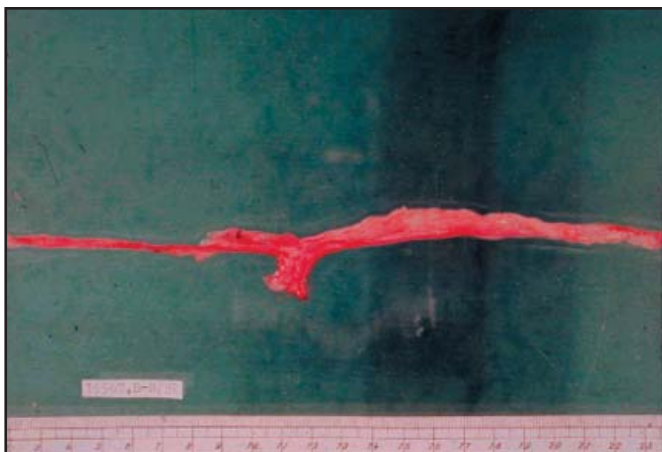
Druhou nemocnou, 31letou ženu, jsme vyšetřili pro dvě epizody makroskopické hematurie. V anamnéze udávala oboustranné lumbalgie, které však byly vertebrogenního původu při prokázané lumbální skolióze. Fyzikální nález na břicho, vyšetření moče včetně cytologie a základní biochemické hodnoty v krvi byly normální. Na vylučovací urografii byl vlevo normální nález, vpravo zdvojená pánevka, močovody se nezobrazily. Ascendentní ureteropyelografie ukázala četné nekontrastní defekty v naplněném pravém močovodu dolního segmentu, sahající od pánevičky až ke křížení s ilickými cévami. Diagnostickou uretero-renoskopii jsme zjistili kyjovitý tumor, o jehož stopce se nešlo pro jeho velikost vyjádřit. Indikovali jsme operační revizi z lumbotomie. V místě spojení



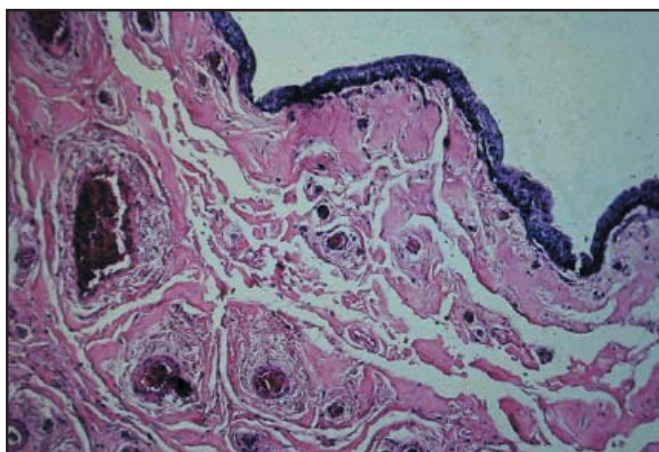
Obr. 1. Resekát subrenálního močovodu s FP



Obr. 4. IVU - FP pravého močovodu, nezobrazen pánevní močovod vpravo, nektrastní defekt v pravé polovině močového měchýře



Obr. 2. Excidovaný dvouramenný FP ze subrenálního močovodu vpravo



Obr. 3. Mikroskopický nálezný typický pro FP

rozštěpeného močovodu jsme provedli ureterotomii, ze které jsme postupně vybavili větvený polyp o délce 135 mm a šířce 3 - 4 mm (obr. 2). Jeho stopka byla resekována těsně u sliznice a spodina následně elektrokoagulována. Sutura močovodu jsme provedli jednotlivými chromcatgutovými stehy na pig-tail katétru 8 Ch. Rána se zhojila *per primam intentionem*. Mikroskopicky byl polyp cirkulárně kryt na povrchu vyzrálým přechodným epitelem nasadajícím na vlastní fibrovaskulární stroma s abundantními cévami malého a středního kalibru, které se v normální sliznici močovodu

jinak běžně nenalézají. Stroma polypu bylo poměrně málo buněčné a postrádalo významnější zánětlivou celulizaci (obr. 3). Histologicky byl prokázán stopkatý dvouramenný benigní fibroepiteliální polyp močovodu.

Třetí nemocný, 18letý muž, byl vyšetřen pro půl roku trvající dysurické obtíže, přerušovaný proud moče, intermitentní zástavy močení, které nemocný překonával s pomocí manuálního tlaku na hráz. Dva měsíce před vyšetřením zaznamenal epizodu makroskopické hematurie. Fyzikální nálezný na břiše, vyšetření moče včetně

ně cytologie a základní biochemické hodnoty v krvi byly normální. Na ultrasonografii byl zjištěn hyperechogenní tumor vpravo na bazi močového měchýře, velký 22 x 23 x 32 mm, široce přisedlý, zasahující do hrdla močového měchýře. Nález na ledvinách byl normální. Nemocný byl přijat na oddělení k došetření s pracovní diagnózou nádoru močového měchýře. Na vylučovací urografii byl normální nález na kalichopánvičkovém systému oboustranně, pánevní ureter vpravo se nezobrazil, v močovém měchýři vpravo nekонтрастní defekt v náplni velikosti 20 x 20 mm (obr. 4). Uretrocytoskopie v celkové anestezii s překvapením odhalila benigně vypadající polyp, vycházející z pravého ureterálního ústí, pohybující se s peristaltickou vlnou močovodu. Biopsickými kleštěmi jsme odebrali preparát na histologické vyšetření, které potvrdilo podezření na benigní FP. Ve druhé době jsme poté provedli ureteroskopii s elektrickou resekci úzké stopky polypu a koagulací spodiny. Polyp o délce 80 mm jsme extrahovali kleštěmi. Na závěr výkonu jsme zavedli ureterální stent typu „double pig-tail“. Histologická diagnóza preparátu byla v souladu s biopsickým nálezem, maligní nádorové struktury nebyly prokázány. Dva měsíce po výkonu byl stent extrahován, na IVU po dalším měsíci normální nález na horních močových cestách.

DISKUSE

FP je benigní nádor mezodermálního původu. Představuje méně než 5 % všech nádorů vývodných cest močových [1]. Většinou jde o solitární lézi lokalizovanou v horní třetině močovodu nebo v ureteropelvicním přechodu. Vzácněji je i v jiných částech vývodných cest močových. V ureteru jich bylo do roku 1996 popsáno 138 [2] a 19 v ledvinné pánvičce [3]. Obvykle je 20 - 50 mm dlouhý, byl však popsán i polyp délky 135 mm [4].

Vyskytuje se stejně u mužů i žen, nejčastěji ve 2. - 4. dekádě života. I zde jsou možné výjimky, zvláště v nižších věkových skupinách.

Etiopatogeneze FP není známa. Jako možné vyvolávající příčiny jsou uváděny chronické dráždění (infekce, konkrement a obstrukce). V literatuře se také diskutuje hormonální dysbalance a kongenitální původ [1, 5].

FP se klinicky nejčastěji projevuje makrohematurií nebo mikrohematurií a tlakovou bolestí v oblasti bedra příslušné ledviny. Nemocný však může přicházet i s polakisurií, dysurií a obstrukčními mikčními obtížemi, jak tomu bylo u jednoho z našich nemocných, u něhož byl FP v dolní části močovodu a vyhrézával ureterálním ústím až do hrdla močového měchýře.

Pro diagnózu FP je rozhodující vylučovací urografie, eventuálně ascendentní ureteropyelografie, cysto, uretero a pyeloskopie. Nezbytné je cytologické vyšetření moče a histologické vyšetření biopsického materiálu získaného endoskopií před rozhodnutím o způsobu definitivní léčby.

Na vylučovací urografii zjišťujeme nekонтрастní defekt v náplni ureteru nebo pánvičky, při polypu zasahujícím až do močového měchýře i defekt v náplni močového měchýře. Podezření na FP můžeme mít z ostrého ohraničení defektu a jeho pohyblivosti. Kонтрастní látkou bývá defekt většinou volně obtékán, dilatace močovodu a pánvičky nad ním nebývá výrazná.

V poslední době se publikují nové zkušenosti s využitím spirálního CT s 3-D zobrazením a endoluminální ultrasonografie v diagnostice FP. Spirální CT, využitím povrchového renderingu, zobrazí vnitřek cílového orgánu zpracováním CT dat pouze z rozhraní mezi stěnou orgánu a kонтрастním materiálem. Tato tzv. CT uretero- nebo pyeloskopie umožňuje neinvazivní diagnostiku intraluminalních tumorů a intramurálních i extramurálních striktur. Pro FP je charakteristický dobře definovaný okrouhlý nebo

oválný intraluminalní útvar hladkého povrchu se stopkou [6].

Endoluminální ultrasonografie je invazivní metoda, která může dobře stanovit velikost, lokalizaci, orientaci a hloubku invaze tumoru do stěny močovodu. Conlin spatřuje její význam zejména v možnosti odlišení FP a jiných benigních lezí od karcinomu močovodu z přechodného epitelu [7].

Endoskopicky jde o šedavý tumor s hladkým a pravidelným povrchem na různě dlouhé stopce. Cytologické vyšetření moče musí být negativní. Pro potvrzení diagnózy je vždy nutné histologické vyšetření biopsického materiálu získaného při endoskopii nebo preparátu získaného peroperačně. V literatuře byl popsán pouze jediný případ papilokarcinomu z přechodného epitelu, vycházejícího z fibroepiteliálního polypu [8].

Přesné stanovení diagnózy fibroepiteliálního polypu je rozhodující pro plánování optimální léčby. Rozvoj endoskopické diagnostické i léčebné techniky vedl k zásadním změnám ve způsobu léčby FP. Při jasné diagnóze je plně indikována ve většině případů endoskopická léčba - ureteroskopická elektroresekce a koagulace nebo laserkoagulace [2, 9]. Perkutánní přístup se používá při lokalizaci polypu v pánvičce nebo kalichu [1]. Konzervativní endoskopická léčba je bezpečná, zkracuje délku hospitalizace, snižuje pooperační morbiditu a je indikována jako metoda první volby v léčbě fibroepiteliálního polypu horních močových cest. Určitým omezením endoskopických výkonů může být silná hematurie, a tím špatný přehled v operačním poli, nemožnost přesné lokalizace a dosažení stopky u velkých polypů a velká ureterohydronefroza, vyžadující rekonstrukční výkon [1]. Pokud jsme nuceni provést léčbu otevřenou operací, rovněž zde by měl být operační výkon konzervativní. Resekce polypu s koagulací odstupu stopky, popřípadě resekce části močovodu se stopkou polypu. Nefroureterektomie je indikována pouze v případě těžké poruchy funkce hydronefrotické ledviny v důsledku dlouhotrvající obstrukce. Že tomu tak vždy není, dokazuje v literatuře uváděných 37 % nemocných, kteří byli léčeni nefroureterektomií pro nejistou předoperační diagnózu [1].

ZÁVĚR

Fibroepiteliální polyp je velmi vzácné onemocnění cest močových. Jeho závažnost vyplývá z toho, že většinou postihuje jedince v produktivním věku. Nesprávná předoperační diagnóza může vést k neadekvátně radikální léčbě poškozující nemocného a ve svých důsledcích až ke zbytečné invaliditě.

LITERATURA

1. Salas M., Gelet A., Martin X., Sanseverino R., Marechal J.M., Dubernard J.M.: Endourological management of fibroepithelial polyps. Eur Urol, 1991, 19, s. 178-180.
2. Sharma N.K., Stephenson R.N., Tolley D.A.: Endoscopic management of fibroepithelial polyps in the ureter. Br J Urol, 1996, 78, s. 131-132.
3. Hamm R.S., Ewing R.: Fibroepithelial polyp of the calyx. Br J Urol, 1997, 80, s. 497.
4. Gana B.M., Evans A.T., Weaver J.P.A.: Fibroepithelial polyp of the ureter. Br J Urol, 1993, 72, s. 660-661.
5. Výborný K.: Fibroepiteliální polypy močovodu. Rozhledy v chirurgii, 1991, 70, s. 524-526.
6. Takebayashi S., Hosaka M., Kubota Y. et al.: Computerized tomographic ureteroscopy for diagnosing ureteral tumors. J Urol, 2000, 163, s. 42-46.
7. Conlin M. J. et al.: Endoluminal ultrasound evaluation of upper urinary tract tumors. J Urol, 1997, 157, s. 123.
8. Zervas A., Rassidakis G., Nakopoulou L. et al.: Transitional cell carcinoma arising from a fibroepithelial ureteral polyp in a patient with duplicated upper urinary tract. J Urol, 1997, 157, s. 2252-2253.
9. Kawachi Y., Noto K., Sakamoto Y., Arai T., Tanaka M.: An ureteric polyp resected by ureteroscopy. Br J Urol, 1996, 78, s. 312-314.

MUDr. Lubomír Hyřel
Urologická klinika UK, 2. LF
V Úvalu 84, Praha 5, 150 00