

K. Mainer, R. Čuřík*

Urologické oddělení FNŠP Ostrava
Ústav patologie FNŠP Ostrava*

INTESTINÁLNÍ METAPLASIE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

SOUHRN:

Rozsáhlá intestinální metaplasie se vyskytuje velmi vzácně. Autoři popisují úspěšnou léčbu subrenální obstrukce způsobené objemnou intestinální metaplasii v oblasti močového měchýře a prostatické uretry.

SUMMARY:

INTESTINAL METAPLASIA OF URINARY BLADDER

Large intestinal metaplasia is very rare. Authors report about successful management of subrenal obstruction due to bulky intestinal metaplasia of urinary bladder and prostatic urethra.

Intestinální metaplasie (mukózní metaplasie, cystitis glandularis, aberantní gastrointestinální tkáň, cystitis glandularis gastrointestinálního typu apod.) je charakterizována přítomností intestinálních anebo hlen obsahujících pohárkových buněk v močovém měchýři (2). Pohárkové buňky nebo drobné střevní žlázy jsou poměrně často přítomny v proliferacích epitelu typu von Brunnových čepů a tyto změny bývají označovány jako glandulární cystitida, s důrazem na přítomnost intestinální metaplasie (4). Pro větší přesnost je doporučováno, aby termín intestinální metaplasie (5) byl vyhrazen pro případy, kdy je urotel kompletně nahrazen intestinálním typem buněk.

Intestinální metaplasie je obvykle fokální fenomén. Ve větším rozsahu se vyskytuje při extrofii močového měchýře. Může se objevit jako reakce na poranění urotelu. Klinicky se manifestuje jako urocystitida anebo iritačními či obstrukčními příznaky. Hlen, který je produkován metaplastickými buňkami, obvykle není pro zanedbatelné množství v moči prokazatelný a malé léze jsou rovněž obtížně detekovatelné endoskopicky. Velké léze mívají polypoidní charakter. Vertex měchýře bývá obvykle nepostižen. (3) Intestinální metaplasie je často přítomna také u adenokarcinomu močového měchýře, ale ten byl po intestinální metaplasii pozorován jen velmi zřídka. Šlo vždy o intestinální metaplasii značného rozsahu (1).

Uvádíme kazuistiku pacienta s intestinální metaplasii močového měchýře, která zaujímala celou bází měchýře a prostatickou uretru.

KAZUISTIKA:

24letý muž, v anamnéze bez závažných onemocnění, výkonný sportovec - extraligový fotbalista. V říjnu 1996 byl vyšetřen na našem pracovišti. Udával asi rok trvající dysurie, v poslední době opakovaně pozoroval makroskopickou hematURIi.

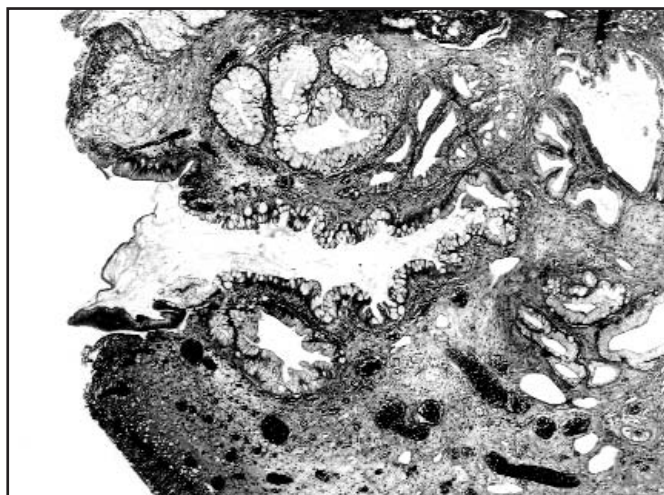
Fyzikální vyšetření a digitální vyšetření prostaty bez patologického nálezu. Moč byla sterilní, v močovém sedimentu záplava erytrocytů. Ultrasonografický nálezn na ledvinách byl fyziologický, na bází měchýře zjištěny papilární formace.

Bylo vysloveno podezření na tumor měchýře. (obr. 1) Vylučovací urografie prokazuje dilataci pánevních úseků obou ureterů, bez dilatace kalichopánvičkových systémů. Endoskopicky byly zjištěny exofytické trsy lokalizované v oblasti celého trigona, hrdla a prostatické uretry, nemající typický vzhled papilokarcinomu. Ureterální ústí nebyla vůbec patrná. Patologické změny ostře končí asi 2 cm nad trigonem, kde je již patrná makroskopicky zcela intaktní sliznice měchýře. Provedena kompletní endoresektie polypoidních změn.



Obr. 1: Usg měchýře s papilárními změnami

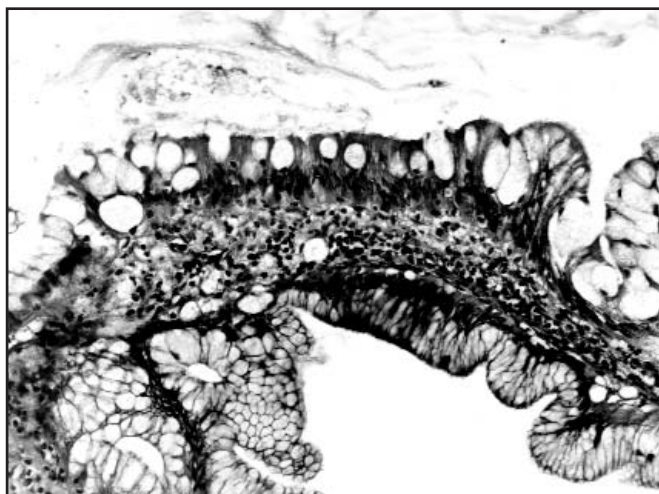
Histologicky byly nalezeny ve stěně močového měchýře nespecifické zánětlivé změny kolísavé intezity a polypózní nebo invertovaná proliferace urotelu ve formě různě velkých hnízd charakteru von Brunnových čepů s rozsáhlými okrsky epitelu metaplastického intestinálního typu s výraznou hypersekrecí hlenu a v některých částech s přítomností velkého počtu pohárkových buněk. Po vyloučení malignity byly změny hodnoceny jako glandulární cystitida s mucinosní metaplasíí intestinálního typu. (obr. 2, 3)



Obr. 2: Intestinální metaplasie v epitelové kryptě zanořené do stěny močového měchýře

Po výkonu došlo k subjektivnímu zlepšení, uroflow byla fyziologická, moč opakovaně sterilní. Přesto byla zahájena dlouhodobá terapie Deoxymykoinem.

Při kontrole za 2 měsíce je pacient subjektivně bez potíží, ale ultrasonografie prokazuje dilataci kalichopánvičkového systému obou ledvin II. stupně. Kontrolní endoskopie prokazuje úplnou recidivu nálezu na trigonu a minimální recidivu v prostatické uretře. Provedena reTUR, histologický nález stejný. K medikaci (Deoxymykoin) jsme přidali kortikoidy. Po 6 týdnech ultrasonografický nález zlepšen, po dalším měsíci však opět nárůst subrenální obstrukce. Tu prokazuje rovněž dynamická scintigrafie ledvin. Imunologické vyšetření v normě. Pacient bez potíží, ale netrénuje. Jeho manažer konzultuje jeho stav s dokumentací na zahraničním pracovišti, kde je doporučena cystektomie a ortotopní náhrada měchýře.



Obr. 3: Metaplastické změny s přítomností pohárkových buněk na povrchu sliznice

Na vylučovací urografii (obr. 4) hypofunkce vpravo a oboustranná dilatace. CT vyšetření prokazuje ztlustění a proliferální změny na bazi měchýře a močovou stázu v rozšířených pánevních urettech. (obr. 5)



Obr. 4: Vylučovací urografie - hypofunkce a dilatace vpravo, dilatace vlevo



Obr. 5: CT scan malé pánve - změny na měchýři a dilatace pánevních ureterů

V rámci konzervativní terapie byl ještě učiněn pokus o pro-
grádní stenting obou močovodů, ale distální úseky močovodů
nebylo možno vodičem překonat. Vzhledem k přetrvávajícímu
endoskopickému obrazu, kdy metaplastické změny končí asi
2 cm nad basí měchýře, rozhodujeme se pro reimplantaci a mo-
delaci dle Hendrena.



Obr. 6: Vylučovací urografie po operaci

V lednu 1998 jsou oba uretry modelovány a implantovány
antirefluxní technikou pod vertexem měchýře. Pooperační průběh
hladký. Za 6 týdnů po dimisi ustoupila dilatace močovodů a kali-
chopánvičkového systému, mikční cystografie bez refluxu.
Vylučovací urografie prokazuje dobrou funkci ledvin a fyziologic-
kou tonizaci sběrných systémů. (obr. 6) Vymizení obstrukce
zjištěno i na dynamické scintigrafii ledvin. Pooperační endosko-
pická vyšetření prokazují ještě po 6 měsících stejný nález jako před
výkonem. Histologicky nadále glandulární cystitida s mucinósní
metaplasíí, někde až s metaplasíí intestinálního typu. Při poslední
endoskopii koncem roku 1998 však zjištěno téměř vymizení změn,
histologicky známky intetinální metaplasie již nenalezeny.

Pacient je zcela bez potíží, plně se opět věnuje své profesi
extraligového fotbalisty, oženil se, očekává rodinu.

DISKUSE:

Rozsáhlé změny sliznice močového měchýře ve smyslu
intestinální metaplasie jsou vzácné. Rozhodování o optimálním
postupu léčby je vzhledem k minimálnímu množství literárních
údajů problematické.

V našem případě změny zaujímaly celou basí měchýře, šířily se
nad trigonum a postihly i prostatickou uretru. Důsledkem toho
došlo jak ke klinické manifestaci subvezikální obstrukce, tak pos-
tupně k rozvoji sekundárních obstrukčních megaureterů.
Konzervativní terapie selhala, jen dočasný efekt přinesla aplikace
kortikoidů. Vzhledem k věku a profesi nemocného se cystektomie
a ortotopní náhrada měchýře jevila jako příliš radikální.

Protože intestinální metaplasie nepostihovala vrchol měchýře
(3), byla zvolena reimplantace ureterů do této oblasti.
S odstupem jednoho roku lze konstatovat, že se tento postup
ukázal jako optimální. Velmi překvapujícím faktem pak byl výrazný
spontánní ústup lokálního nálezu, pro který nemáme spolehlivé
vysvětlení.

LITERATURA:

1. P.S. Bullock, D.E. Thoni, W.M. Murphy: The Significance of Colonic Mucosa (Intestinal metaplasia) Involving the Urinary Tract. *Cancer* 1987, 59 (2086-2090).
2. E.L. Davis, A.M.B. Goldstein: Unusual bladder mucosal metaplasia in a case of chronic prostatitis and cystitis. *J.Urol.* (1974), 111:767.
3. D.C. Miler, D.L. Lang: Villous adenoma of the urinary bladder: a morphologic or biologic entity? *Am.J.Clin. Pathol.* 1983, 79:728-731.
4. F.K. Mostofi: Potentialities of bladder epithelium. *J.Urol.* (1954), 71: 705.
5. W.M. Murphy, J.B. Beckwith, G.M. Farrow: Tumors of the kidneys, bladder and related urinary structures. In Rosai J /ed/, *Atlas of Tumor Pathology* 3rd series, Fascicle 11, AFIP, Washington DC, 1994, pp. 275-277.

MUDr. Karel Mainer
Urologické oddělení FNŠP Ostrava
17. listopadu 1790
708 52 Ostrava-Poruba