

POPIS KLINICKÉHO PŘÍPADU

Muž, 58 let, byl odeslán praktickým lékařem k urologickému vyšetření pro rok trvající intermitentní asymptomatickou makroskopickou hematurii. Anamnesticky prodělal před šesti lety hlubokou žilní trombózu, byla mu zjištěna heterozygotní forma mutace v enzymu methylenetetrahydrofolát-reduktáze (MTHFR) a koagulačních faktorů II a V, trvale léky neužíval, alergie neudával, kuřák (40 let 20 cigaret denně).

Počítačová tomografie s intravenózní urografií (CT urografie) neprokázala zdroj hematurie v horních močových cestách. Při cystoskopickém vyšetření byl nalezen papilární útvar lehce vyvýšený nad úroveň sliznice, pokrývající levou boční stěnu, levou polovinu trigona a ústí levého močovodu, o ploše 30 × 20 mm. Pacientovi byla provedena transuretrální resekce tumoru včetně ústí levého močovodu. Pro riziko vzniku striktury močovodu jizvením v oblasti resekovaného ústí byl zaveden ureterální stent vlevo. Histopatologicky byl prokázán svalovinu neinfiltující uroteliální karcinom močového měchýře pT1G2, klinicky bez průkazu generalizace.

Po šesti týdnech od primární resekce byla provedena sekundární TUR s negativním histopatologickým průkazem karcinomu v odebrané tkáni a extrakce stentu.

Pacient byl indikován k adjuvantní intravezikální terapii BCG vakcínou podávanou v nejčastěji užívaném režimu šest iniciačních dávek v týdenním intervalu, následně tři instilace v týdenních intervalech po 3, 6 a 12 měsících. V kontaktu s tuberkulózou nebyl, měl negativní tuberkulinový test. Pět dní před každou instilací bylo prováděno kulturační vyšetření moči.

Vakcíny byly aplikovány pacientovi bez projevů akutní infekce močových cest a na základě negativních výsledků kultivace moči.

Iniciační fáze byla zahájena po devíti týdnech od endoskopického výkonu a šest aplikací BCG vakcíny v týdenních intervalech absolvoval pacient bez komplikací. Po šesti týdnech od ukončení iniciační fáze byla provedena cystoskopie a studená biopsie zarudlých plošných ložisek sliznice močového měchýře. Histopatologicky byl verifikován uroteliální karcinom pTaG1.

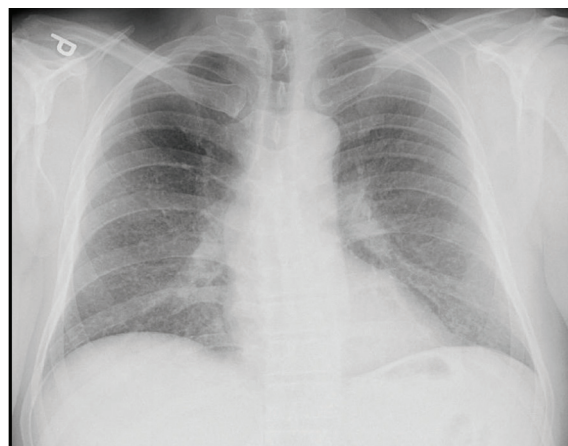
Po šesti týdnech od biopsie byla podána první instilace udržovací intravezikální imunoterapie, která proběhla bez komplikací. Za týden, po aplikaci druhé dávky již bezprostředně po odchodu z ambulance pacient pociťoval slabost, celkovou nevolnost a nadměrné pocení.

Opakovaně pozoroval makroskopickou hematurii. Do druhého dne se dostavily horečky s maximem 39,2 °C, zimnice, únava a občasný suchý kašel bez hemoptýzy. Pacient obtíže podceňoval, febrilie nad 38,5 °C přetrvávaly do kontroly. Urologickou ambulanci navštívil až po jednom týdnu – k další aplikaci BCG vakcíny. Intravezikální léčba podána nebyla. Pacient byl přijat na urologické oddělení.

Vstupně byl proveden skiagram hrudníku, kde byl popsán suspektní obraz intersticiálního plicního procesu, laboratorní vyšetření odhalilo zvýšené CRP (91 mg/l) a elevaci jaterních enzymů (AST 0,80 μ kat/l, ALT 0,88 μ kat/l, ALP 6,81 μ kat/l, GGT 5,98 μ kat/l), další biochemické nálezy a krevní obraz byly v normě. V analýze močového sedimentu nalezeny leukocyty (110/ μ l) a erytrocyty (931/ μ l).

Po domluvě s mikrobiologem byly empiricky nasazeny fluorochinolony (ciprofloxacin 400 mg dvakrát denně i.v.), podávány krystaloidy a antipyretika (paracetamol), po nichž ustoupily horečky a pacient cítil zlepšení.

Na doporučení pneumologů byla provedena CT hrudníku a břicha, která prokázala mikronodulární proces v obou plicních křídlech s mediastinální hila-



Obr. 1. Skiagram hrudníku: mnohočetná drobná nodulární zastínění

Fig. 1. Chest X-ray: small and multiple pulmonary milary nodules