

meckým lékařem Eisenlohrem. Klinický průběh onemocnění je různý, od asymptomatického až po možný fatální konec (1). Pacienti mohou být zcela bez příznaků nebo může být přítomná bolest břicha, popřípadě se může rozvinout septický šok (2, 3).

## KAZUISTIKA

Polymorbidní žena, 78 let, byla přijata na interní kliniku pro bolesti břicha a dekompenzaci diabetu II. typu na inzulinu. Anamnesticky byla pacientka léčena pro hypertenzi, chronickou renální insuficienci, glomerulonefritidu na kortikoterapii, hypotyreózu. U přijetí udávala bolesti břicha v podbřišku trvající jeden den, nauzeu a zvracení. Vstupně bylo provedeno rtg břicha s nálezem plynu ve stěně močového měchýře (obr. 1). Ultrazvukové vyšetření močového měchýře odhalilo atypickou hyperechogenní stěnu močového měchýře, která signalizuje přítomnost plynu.

Pacientka byla po několika hodinách přeložena na urologické oddělení. Při překladu byla pacientka kardiopulmonálně stabilní, lucidní, TK 140/90, TF 84/min, TT 36,4 °C. Břicho bylo při fyzikálním vyšetření nad nivoem, palpačně měkké, nebolestivé, bez patologické rezistence, peristaltika v normě, okolo pupku byly patrné hematomy po aplikaci inzulinu.

Na základě předchozích zobrazovacích metod s nálezem plynu ve stěně močového měchýře bylo

doplněno nativní CT břicha se závěrem masivní pneumatózy stěny močového měchýře, dále byly popsány drobné kolekce plynu i v pánvičce pravostřanné ledviny (obr. 2).

U pacientky byla ihned zahájena parenterální antibiotická terapie cefotaximem 1 g i. v. à 8 hod. Močový měchýř byl zajištěn močovým katétrem a byla odebrána moč ke kultivaci. Při zavedeném katétru nebyla zjištěna pneumaturie.

V moči byla posléze kultivačně zjištěna *Escherichia coli* s četností více než  $10^7$  CFU/ml, dle MIC cefotaxim 0,125 (mg/l).

V průběhu hospitalizace probíhala korekce hyperglykemie pomocí inzulinu. U pacientky jsme doplnili cystoskopické vyšetření močového měchýře s nálezem difuzní bulózní sliznice, byla odebrána výplachová cytologie, která prokázala alterované parciální dysplastické urotelie, ale bez nálezu maligních buněk, bez známek výraznějšího zánětu či hematurie. Dále byla při cystoskopii provedena 2× studená biopsie, při které se ze sliznice uvolňovaly bublinky plynu.

Histologie sliznice močového měchýře byla patologem hodnocena jako fragmenty sliznice močového měchýře, které jsou kryté benigním urotem, subepiteliálně popsané viditelné prázdné prostory vystlané oploštěnými buňkami, nález odpovídal mikroskopickému obrazu emfyzematózní cystitidy.

**Tab. 1.** Vstupní laboratorní výsledky

**Tab. 1.** Input laboratory results

Leukocyty	$19,6 \times 10^9$
Erytrocyty	$4,55 \times 10^{12}$
Trombocyty	$258 \times 10^9$
Hemoglobin	140 g/l
Urea	22,6 mmol
Kreatinin	132 $\mu$ mol/l
CRP	97 mg/l
glykemie	23,9 mmol/l
Prokalcitonin	0,29
močový sediment	ery 20, leu 23, bílkovina 1, glukóza 4



**Obr. 1.** Rtg břicha, přítomnost plynu v malé pánvi  
**Fig. 1.** Abdominal X-ray with presence of gas in small pelvis