

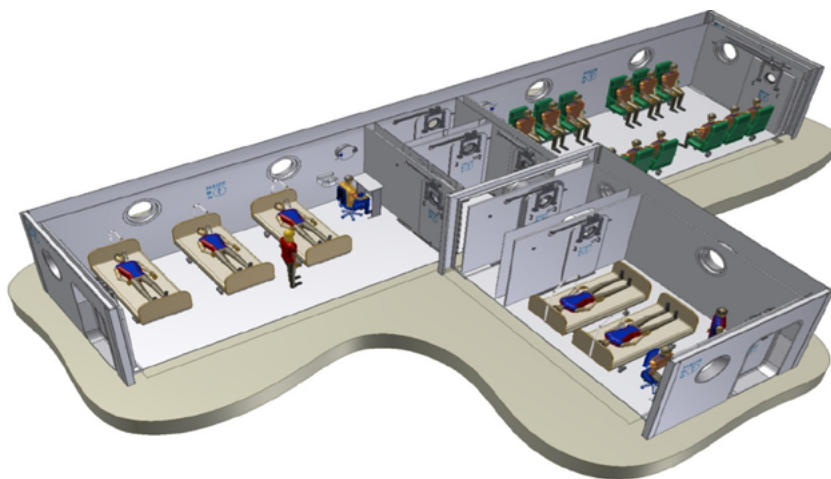
enta přijatelnější cestu. Po konzervativně zvládnuté akutní fázi relapsu hemoragické cystitidy byl pacient přeložen do Městské nemocnice Ostrava k provedení terapie hyperbarickým kyslíkem (HBO) (Obr. 1). Pacient absolvoval v hyperbarické komoře léčbu HBO 2,4 ATA (absolutní atmosféra). Celkem 14 expozičních, 1× denně. Během této doby symptomy makroskopické hematurie odezněly. Po extrakci močového katétru s dvoutýdenním odstupem a rozmočení byl pacient bez další recidivy makroskopické hematurie ve dvouročním sledovaném období.

DISKUZE

Hemoragická postradiační cystitida je vzácnou pozdní urologickou komplikací RT, ale jednou z nejnepríznivějších a kvalitu života pacientů nejvíce omezujících. Incidence je cca 5 % pacientů, kteří podstoupili RT na oblast malé pánve (9). Latence od proběhlé RT do vzniku symptomů je půl roku až dvacet let. V dnešní době tedy stále „sklízíme plody“ starších technik ozařování. Pro úplnost dodávám, že shodný klinický obraz jako RIHC se všemi konsekvencemi a také podobné možnosti léčby má i chemoterapií indukovaná hemoragická cystitida (CHHC) (1). Mechanismem vzniku RIHC je nespecifická zánětlivá reakce probíhající ve stěně močového měchýře jako důsledek poškození ionizujícím zářením (negativní efekt vzniklých kyslíkových radikálů, poškození jaderné DNA), nerovnováhou

mezi zánětlivou reakcí a reparačními pochody (1). Postupně dochází k poškození buněk přechodního epitelu, endotelových a hladkých svalových buněk. Z časového hlediska má tento proces tři na sebe navazující fáze. První je krátká akutní fáze, která může vzniknout již v průběhu ozařování, trvá několik týdnů po ukončení RT a odpovídá klinickému projevu akutní radiační cystitidy způsobené poškozením urotelu. Následuje asymptomatická fáze trvající řadu měsíců až několik let, kdy postupně dochází k přestavbě stěny močového měchýře především vrstvy lamina propria mucosae a tunica muscularis. Tyto změny nakonec vyústí ke vzniku vředovitých slizničních lézí, odlučování nekrotických tkání až možnému vzniku píštělí s okolními orgány, rozvoji endarteritis obliterans, telangiektázií a k projevům signifikantní hematurie (3).

V současnosti není pro RIHC dostupná žádná definitivní léčba a neexistují žádné platné doporučené léčebné postupy na podkladě medicíny založené na důkazech (Evidence-Based Medicine, EBM). V první době je nutné vyloučit jiné onemocnění, které se projevuje stejnými nespecifickými příznaky: především infekční etiologie potíží, urolitiáza či neoplazie urotraktu. Spektrum terapeutických modalit je široké. Pokud to klinický stav pacienta umožňuje, měli bychom začínat konzervativní léčbou a až při neefektu přidávat na invazivitu, která je samozřejmě přímo úměrná i morbiditě. Na to je třeba myslet při zvažování radikálnějších postupů. S ohledem na hematurii je u RIHC stupně 2 a výše nutné zahá-



Obr. 1. Schema hyperbarické komory v Univerzitní nemocnici v Lille, Francie. Obdobná vznikne v rámci rekonstrukce v Centru hyperbarické medicíny, Městská nemocnice Ostrava (15)

Fig. 1. Schema of hyperbaric chamber University Hospital Lille, France. A similar one will arise as a part of the reconstruction in Centrum hyperbaric medicine, Ostrava City Hospital (15)