Vznik Crohnovy nemoci v ureteroileostomii u pacientky 10 let po radikální cystektomii

MUDr. Pavel Elexa[1], MUDr. Jiří Král[2], MUDr. Jan Schraml, Ph.D.[2], MUDr. Jiří Stehlík[3], MUDr. Martin Čegan[4], MUDr. Natálie Harmašová[4], MUDr. Monika Černá[3]

[1]Urologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Most, o. z.
[2]Klinika urologie a robotické chirurgie, Krajská zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
[3]Gastroenterologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
[4]Patologické oddělení, Krajská zdravotní, a . s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem ,o.z.

V článku prezentujeme kazuistiku pacientky – 10 let po radikální cystektomii pro karcinom močového měchýře s nálezem nově vzniklé Crohnovy nemoci v exkludované kličce terminálního ilea ureteroileostomie.

Klíčová slova: karcinom močového měchýře, radikální cystektomie, derivace moči, ureteroileostomie, morbus Crohn.

Development of Crohn's disease in ureteroileostomy in a patient ten years after radical cystectomy

The article presents a case report of a female patient ten years after radical cystectomy for bladder cancer with a finding of a newly developed Crohn's disease in an excluded loop of the terminal ileum in ureteroileostomy.

Key words: urinary bladder carcinoma, radicale cystectomy, urinary derivation, ureteroileostomy, Crohn's disease.

Urol. praxi, 2015; 16(4): 170–171

Úvod

Karcinom močového měchýře tvoří asi 3 % zhoubných nádorů v dospělé populaci. Postihuje muže a ženy v poměru 2–3 : 1. V České republice jsou nádory močového měchýře 6. nejčastější malignitou mužů a 13. u žen. Maximum jeho výskytu je po 60. roce života. Jeho incidence v posledních letech trvale narůstá a vyskytuje se i u jedinců mladších 40 let. Uroteliální karcinom močového měchýře je typickým příkladem nádoru, na jehož vzniku se podílí profesní rizika a faktory zevního prostředí. Byl prokázán jednoznačný vztah mezi některými aromatickými aminy a vznikem nádorů močového měchýře. Zrovna tak řada studií prokázala úzkou souvislost se vznikem uroteliálních nádorů a kouřením cigaret. Méně významný je familiární výskyt, podle odhadů tvoří hereditární predispozice méně než 1 % tumorů močového měchýře (2).

Crohnova choroba spadá pod zánětlivá střevní onemocnění, která mohou postihovat různé úseky střeva, velmi často však konečnou část tenkého střeva – terminální ileum. Příčina onemocnění není zcela jasná. Zvažuje se pravděpodobný podíl autoimunitních mechanizmů a genetické predispozice. Při Crohnově nemoci mívají pacienti bolesti břicha, vleklé průjmy, mírné teploty, cítí se unavení a hubnou. Může se objevit zvracení, křeče, zástava plynů a zřídka i krev ve stolici. Morfologickým nálezem je ztluštělá stěna střeva prostoupená zánětem, mohu se vytvářet vředy, píštěle, abscesy, fibrotizace se zúžením průsvitu střeva a porušením jeho funkce (4).

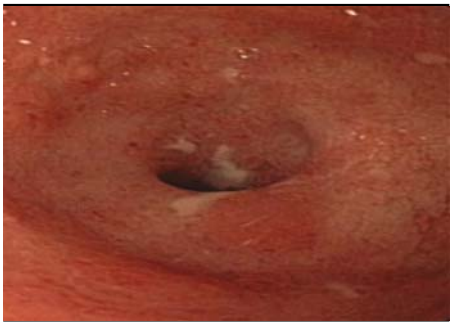
Při uroonkologických operacích, především při radikálních cystektomiích se velmi často využívají části tenkého i tlustého střeva k náhradám či napojením chybějících částí močových cest. Při radikálních cystektomiích je jednou z možných derivací moči operace podle Brickera s vytvořením ureteroileostomie (ileální konduit). Při tomto typu operace je exkludováno asi 15–20 cm aborálního ilea a do této kličky jsou implantovány oba močovody. Aborálním koncem exkludované kličky je vytvořena stomie v pravém mezogastriu. Bricker při operaci implantoval oba močovody zvlášť. Wallace jeho postup modifikoval a nejprve sešil oba močovody, které pak anastomózoval s exkludovanou kličkou ilea. Spojka močovodů se střevem při těchto typech operací nemá antirefluxní mechanizmus. Plynulý odtok moči stomií brání refluxu moči do močovodů (snížení rizika recidivujících uroinfektů). K možným komplikacím totoho typu derivace moči patří striktura ureterů v oblasti anastomózy, stenóza stomie, hyperchloremická acidóza, recidivující uroinfekty, vznik urolitiázy a dále pak vznik indukovaných novotvarů (1, 3).

Kazuistika

Sedmdesátiletá pacientka po radikální cystektomii pro uroteliální karcinom močového měchýře v r. 2004, pT2bN0M0, G3. Nejprve byla provedena derivace moči dle Reddyho (sigmoideální ortotopická neovezika), následně pro pouchovaginální píštěl konverze derivace dle Brickera. Pacientka je pravidelně kontrolovaná v urologické ambulanci (UZ, rtg, CT-IVU, DSL, kontrolní scintigrafie skeletu), dosud bez průkazu recidivy onemocnění či vzdálených metastáz. Laboratorní hodnoty v mezích normy.

Od začátku roku 2014 pacientka udávala intermitentní pobolívání břicha a pozorovala

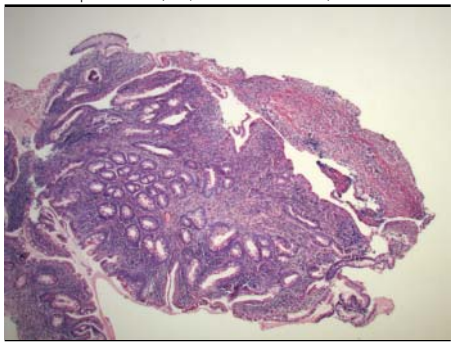
Obrázek 1. Endoskopický obraz zánětlivých změn sliznice ureteroileostomie



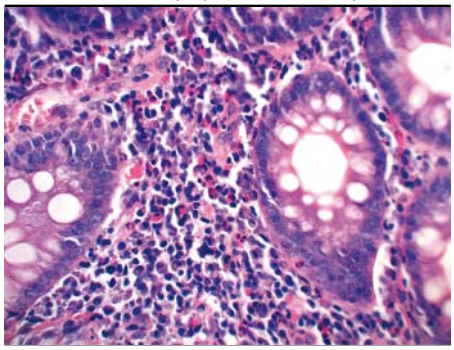
Obrázek 2. Endoskopický obraz morbus Crohn v jiné části ureteroileostomie



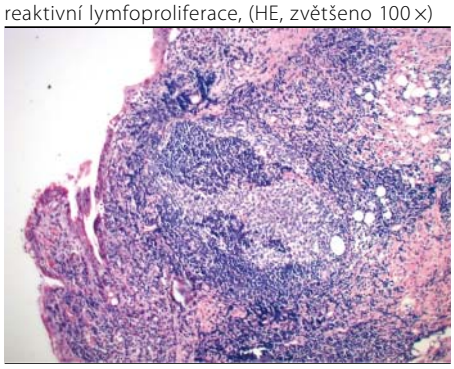
Obrázek 3. Histologický obraz sliznice ileálního konduitu postižené zánětem; dobře je patrná hnisavá pablána (HE, zvětšeno 40×)



Obrázek 4. Detail eozinofilního infiltrátu sliznice ureteroileostomie (HE, zvětšeno 400×)



Obrázek 5. Další úsek sliznice ureteroileostomie – reaktivní lymfoproliferace, (HE, zvětšeno 100×)



příměs krve v moči z ureteroileostomie. Byla kompletně přešetřena. Vyloučen uroinfekt, laboratorní parametry v normě, rtg zobrazovací metody bez nálezu recidivy onemocnění, metastáz, urolitiázy či nádorové duplicity.

Na gastroenterologii byla provedena endoskopie ileální kličky zapojené do močové pasáže. Po dilataci ústí ureteroileostomie prohlédnuto cca 30 cm exkludované ileální kličky, kde byly nalezeny ložiskové zánětlivé změny na sliznici (obrázek 1 a 2). Vyšetřovaný úsek byl bez tumorózních změn. Nalezeno několik drobných aftů a ulcerací, odebrána biopsie.

Histopatolog nález uzavřel jako chronický aktivní zánět sliznice tenkého střeva. Histologický obraz naznačuje klinikem zvažovanou diagnózu Crohnovy chroroby. V rozsahu vyšetření nebyla prokázána dysplazie ani malignita (obrázek 3, 4 a 5).

Doplněna gastroskopie a kolonoskopie, které byly s normálním nálezem. Gastroenterologem byla navržena příslušná terapie, dietní a režimová opatření s následným subjektivním i klinickým zlepšením stavu pacientky a doporučena endoskopická kontrola ureteroileostomie jednou za rok.

Diskuze

Vyřazení části střeva z jeho kontinuity a nefyziologický kontakt střevní sliznice s močí zákonitě vede k celé řadě metabolických i morfologických komplikací od banálních, až po život ohrožující. Zejména metabolická acidóza, která je způsobena vstřebáváním chloridu amonného a sekrecí bikarbonátu. Možnost kompenzace je pak ovlivněna renálními funkcemi. Nemocní musejí dbát na dostatečný příjem tekutin a za pravidelného monitorování acidobazické rovnováhy je vytitrován perorální příjem bikarbonátu. Dále stenózy v oblasti ureteroenterální anastomózy a poruchy evakuace moči mohou vést ke zhoršení renálních funkcí. Je proto na místě jejich včasné odhalení a terapie. Vznik urolitiázy je spojován s přítomností uroinfektu, sekundární střevní hyperoxalurií a s reziduy cizího materiálu (stehy, staplerové svorky apod). K poruchám metabolizmu vitaminu D a k sekundární osteoporóze může docházet v důsledku dlouhodobé metabolické acidózy u dlouho žijících pacientů. Ztráta terminálního ilea může vést k malabsorpčním projevům. Porucha vstřebávání žlučových kyselin a tuků zrychluje střevní pasáž, vznikají průjmy, zvyšuje se incidence cholelitiázy. Taktéž deficit vitaminu B12 vyžaduje substituci. Příčina vzniku sekundární indukované malignity při kontaktu střevní sliznice s močí není zcela jasná, vina bývá přičítána iritaci střevní sliznice hypertonickou močí a N-nitrosaminům. Zatímco u ileálních konduitů, hetero- a ortotopických náhrad močového měchýře bylo popsáno jen několik desítek sekundárních malignit, je u náhrad využívajících análního svěrač situace zcela odlišná, riziko sekundární malignity je odhadováno asi 80–550× vyšší proti normální populaci. Novotvar (střevní adenokarcinom) je nejčastěji lokalizován v ureterointestinální anastomóze a vyvíjí se v horizontu minimálně 15 let od operace. Proto musí být tento typ derivací pravidelně v ročním intervalu endoskopicky kontrolován (2, 3).

Ambulantní péče o nemocné po radikální cystektomii je pochopitelně trvalá. Sledujeme stav ledvin a odvodných močových cest (pravidelná USG), fyzikální vyšetření, kultivace moči a biochemická vyšetření včetně acidobazické rovnováhy, případně izotopové vyšetření ledvin, vylučovací urografie, CT… V pravidelných intervalech pátráme po eventuální generalizaci onemocnění (USG břicha, jater, scintigrafie skeletu, rtg plic event. CT vyšetření nebo nukleární magnetická rezonance) (2, 3).

Závěr

Vznik Crohnovy choroby v exkludované kličce terminálního ilea použité k vytvoření ureteroileostomie je jedna z dalších možných, spíše však výjimečných komplikací, které se mohou vyskytnout po radikální cystektomii a může svým charakterem zhoršovat funkci ureteroileostomie. V rámci pravidelného sledování to pro nemocného znamená komplexní, týmovou mezioborovou spolupráci, kdy se na dispenzarizaci a léčbě podílí kromě urologa, onkologa, rentgenologa také gastroenterolog či internista.

Literatura

1. Bricker EM. Blader substitution after pelvic evisceration. Surg Clin. North AM 1950.
2. Dvořáček J, Babjuk M, et al. Onkourologie. Praha: Galen 2005.
3. Kawaciuk I. Urologie. Praha: Galen 2009.
4. Klener P, et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén 2012.
5. Moore KL. The urogenital system. In: The developing human, 3 edition. Philadelphia: Saunders.
6. Urban M, Zachoval R, Záleský M., Palascak P. Léčba dlouhých a vícečetných striktur močovodu náhradou ileem bez antirefluxní anastomózy. Ces. Urol 2005; 9(1): 26–30.
7. Vokurka M, Hugo J. Praktický slovník medicíny. Olomouc: Maxdorf 2000.
8. Wallace DM. Uretero-ileostomy. Br. J. Urol 1970.

Článek přijat redakcí: 23. 7. 2014
Článek přijat k publikaci: 15. 8. 2014

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

MUDr. Pavel Elexa
Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Most , o. z.
J. E. Purkyně 270, 434 64 Most
pavel.elexa@gmail.com