

MÉNĚ ČASTÉ PŘÍČINY DYSURIE U ŽEN

LESS COMMON CAUSES OF DYSURIA IN WOMEN

Andrea Kastnerová¹, Oto Köhler¹,
Kamil Belej¹, Petr Hrabal²

¹Urologické oddělení ÚVN, Praha

²Patologicko-anatomické oddělení ÚVN,
Praha

Došlo: 2. 11. 2009

Přijato: 13. 1. 2010

Kontaktní adresa

MUDr. Andrea Kastnerová

Urologické oddělení ÚVN

U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

e-mail: kastandr@seznam.cz

Souhrn

Kastnerová A, Köhler O, Belej K, Hrabal P.
Méně časté příčiny dysurie u žen

Uvádíme dvě kazuistiky pacientek s méně obvyklou příčinou dysurických potíží. V první kazuistice byl příčinou potíží pacientky leiomyom v uretrovaginálním septu, který způsoboval dyspareunie, bolestivost v podbřišku a intermitentní mikční potíže. Tento patologický útvar jsme odstranili otevřenou operací v celkové anestezii z řezu v poševním vchodu. Ve druhém případě jsme našli inkrustovaný steh v močovém měchýři u pacientky vyšet-

řované pro urgence a opakované močové infekce. Steh byl odstraněn při endoskopickém výkonu rovněž v celkové anestezii pomocí endoskopických kleští.

Klíčová slova:

dysurie, leiomyom, močový měchýř, transvaginální ultrazvuk, urgence.

Summary

Kastnerová A, Köhler O, Belej K, Hrabal P.
Less common causes of dysuria in women

We demonstrate two case reports of less common cause of dysuria in women. In the first case report the cause of patient's problem was leiomyoma in the urethrovaginal septum, which resulted in dyspareunia, pain in hypogastrium and intermittent micturition difficulties. We removed this pathological formation by open operation in general anaesthesia from section in vaginal introitus. In the second case report we found incrustated stitch in urinary bladder in woman investigated for urgency and recurrent urinary infections. The stitch was removed in general anaesthesia during endoscopy by the endoscopic forceps.

Key words:

dysuria, leiomyoma, transvaginal ultrasound, urgency.

ÚVOD

Pojem dysurie znamená obtížné močení. Zahrnuje nejen bolestivou mikci spjatou se zánětlivým postižením močového měchýře a močové trubice, ale také namáhavé močení, které je většinou příznakem subvezikální obstrukce. V tomto textu uvádíme dvě méně obvyklé příčiny těchto mikčních potíží u žen. Při vyšetření dysurických potíží se v závislosti na charakteru příznaků využívají zpočátku základní urologická vyšetření, mezi které patří zejména zhodnocení objektivního nálezu, vyšetření močového sedimentu, kultivace moče a ultrazvukové vyšetření močového ústrojí. Dle povahy symptomů se dále připojují již více invazivní či finančně náročnější metody. V obou našich kazuistikách jsme při vyšetřování pacientek využili kromě ostatních nezbytných metod také v urologii méně používaný transvaginální ultrazvuk.

KAZUISTIKA 1 (obr. 1, 2 a 3)

Dvacetisedmiletá pacientka byla vyšetřena gynekologem pro dva měsíce trvající dyspareunie, bolestivost v podbřišku a intermitentní dysurické potíže. Při vyšetření byl zjištěn hmatný, elastický, mírně pohyblivý a palpačně bolestivý sférický útvar v kaudální oblasti uretrovaginálního septa o velikosti 4 × 3 cm, uložený více na levé straně. Další gynekologické vyšetření bylo negativní. Pacientka byla odeslána k urologickému vyšetření. Při vaginálním ultrasonografickém zobrazení nález imponoval jako solidní hypoechogenní struktura, která byla ohraničená od symfýzy a dle dopplerovského vyšetření prokrvená. Na snímcích magnetické rezonance se v této oblasti nacházel solidní tumor v levé části uretrovaginálního septa, který byl dobře ohraničený od okolí tenkým vazivovým pouzdem a působil impresi na přední poševní stěně a lehce doprava dislokoval uretru, stěnu uretry však neinfiltroval. Lymfatické uzliny v pávni a tříselech zvětšeny nebyly. Následně jsme indikovali odstranění útvaru v celkové anestezii. Předoperační vyšetření proběhlo bez jakéhokoliv nálezu patologie. V litomické poloze byl proveden podélný řez nad útvarem ve vchodu do pochvy vlevo, útvar byl postupně izolován od stěny pochvy a oblasti uretry a po přerušení zásobujících cév byl odstraněn vcelku. Defekt jsme postupně uzavřeli Vicrylovými

mi stehy. Poševní tamponádu a permanentní katétr jsme ponechali do druhého dne. Preparát vzhledu chrupavčité tkáně byl odeslán na histologické vyšetření. Pacientku jsme propustili druhý pooperační den domů.

Překvapivý byl histologický nález, který odpovídal svou typickou strukturou leiomyomu. Pacientka je nyní 6 měsíců po výkonu zcela bez potíží.

DISKUSE

Leiomyom je benigní nádor, který vychází z hladkých svalových buněk, především cév. Může se tedy vyskytovat prakticky v kterémkoliv orgánu. Nejčastěji se vyskytuje v děloze, dále pak v orgánech trávicího systému s největším zastoupením v jícnu. V děloze může způsobit děložní krvácení, anemii a může vést až k neplodnosti. Tumor může být také mnohočetný, jedná se pak o tzv. leiomyomatózu. Maligní variantou tohoto benigního nálezu je leiomyosarkom. V urogenitálním traktu se tento typ nádoru vyskytuje zřídka. Nejvíce zastoupená lokalizace je v ledvině, kde vychází většinou z renálního pouzdra a ledvinné pánvičky. Byl však popsán také například v prostatě. Většinou jde o malé asymptomatické nádory často nalezené při pitvách, převažuje nález u žen než u mužů. Makroskopicky se jedná většinou o dobře ohraničený solidní tumor, na řezu bělavé barvy a uzlovitého charakteru. Tento nález byl také u naší pacientky. Při sonografickém vyšetření bývá až v 80 % hypoechogenní. Histologicky je tvořen vírovitě uspořádanými vřetenitými buňkami s minimální mitotickou aktivitou, často se vyskytují kalcifikace či hemoragie. Obraz leiomyomu však může být i zcela netypický, a nelze ho proto předoperačně bezpečně odlišit od jiných nádorů. Řešením bývá nejčastěji operační odstranění, typ výkonu závisí na lokalitě tumoru. Nádor může dosahovat i větších rozměrů, které se projevují symptomy v závislosti na lokalitě. Právě symptomy z útlaku okolní tkáně přivedly naši pacientku k urologickému vyšetření.

KAZUISTIKA 2 (obr. 4 a 5)

Prezentujeme případ 52leté pacientky léčené na gynekologii pro inkontinenci smíšeného typu. Před 17 lety podstoupila závažnou ope-

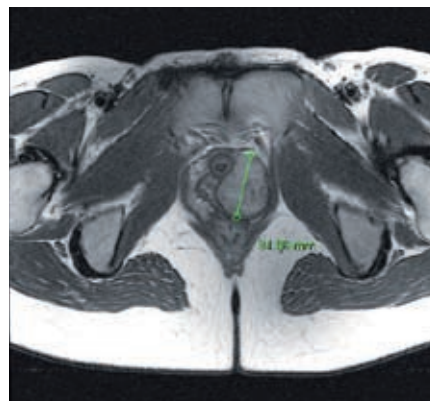


Obr. 1

Kazuistika 1 – transvaginální ultrazvuk: sférická solidní struktura v kaudální části uretrovaginálního septa
m = močový měchýř, s = symfýza, n = nádor

Fig. 1

Case report 1 – transvaginal ultrasound: spheroid solid lesion in the caudal part of urethrovaginal septum
m = urinary bladder, s = symphysis, n = tumor

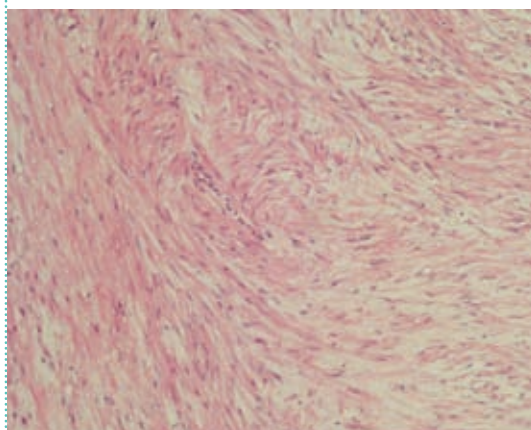


Obr. 2

Kazuistika 1 – nukleární magnetická rezonance: solidní tumor v levé části uretrovaginálního septa

Fig. 2

Case report 1 – nuclear magnetic resonance: solid tumor in the left side of urethrovaginal septum

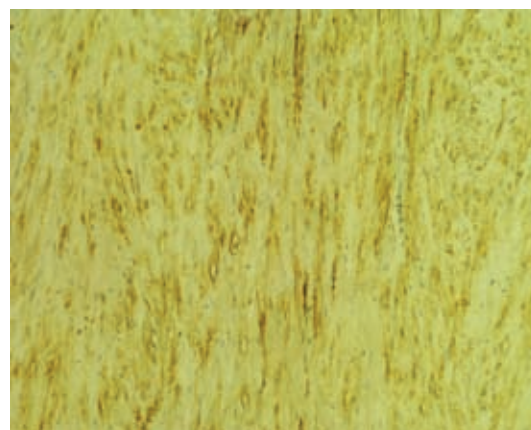


Obr. 3a

Kazuistika 1 – mikroskopický histologický preparát – mírně edematózní leiomyom, hematoxylin eosin (zvětšeno 100×)

Fig. 3a

Case report 1 – microscopic histological specimen – slightly oedematous leiomyoma, hematoxylin eosin, original magnification $\times 100$



Obr. 3b

Kazuistika č. 1 – mikroskopický histologický preparát – exprese svalového aktinu HHF 35 v nádorových buňkách (zvětšeno 100×)

Fig. 3b

Case report 2 – microscopic histological specimen – expression of muscular actin HHF 35 in tumor cells, original magnification $\times 100$

raci pro únik moče a před 6 lety pro děložní myom hysterektomii s oboustrannou adnexektomií a zároveň kolposuspenzi sec. Burch pro přetrvávající stresovou inkontinenci. Po operaci byla sledována v urogynekologické poradně, močila 5 let bez potíží, byla zcela

kontinentní, užívala hormonální substituční léčbu estradiolem. V posledním roce vznikly potíže s dominancí urgentní mikce až urgentní inkontinence a intermitentních močových infekcí s opakovanou pozitivní kultivací s nálezem *Enterococcus faecalis* a *Escherichia coli*.

**Obr. 4**

Kazuistika 2 – transvaginální ultrazvuk: granulom ve stěně močového měchýře a hyperechogenní část cizího materiálu v lumen měchýře

Fig. 4

Case report 2 – transvaginal ultrasound: granuloma in the wall of urinary bladder and hyperechogenous part of foreign material in the lumen of the bladder

**Obr. 5**

Kazuistika 2 – endoskopie: inkrustovaný steh ve stěně močového měchýře

Fig. 5

Case report 2 – endoscopy: incrustated stitch in urinary bladder

V rámci vyšetření byla odeslána na urologii, kde jsme při vaginálním ultrasonografickém vyšetření našli na levé části přední stěny asi 8 mm velký hyperechogenní útvar, který nepřesahoval konturu močového měchýře a od kterého odstupoval do lumen viditelný hyperechogenní stočený defekt v náplni. Vzhledem k anamnéze bylo vysloveno podezření na přítomnost cizorodého materiálu. Při endoskopickém vyšetření byl v této oblasti viditelný inkrustovaný steh po předchozí operaci, který byl při následném endoskopickém výkonu v celkové anestezii za pomoci endoskopických kleští odstraněn. Následující den jsme odstranili permanentní katétr a druhý pooperační den byla pacientka propuštěna domů. Tři měsíce po výkonu je pacientka bez zánětlivých příhod, s normálním nálezem v močovém sedimentu, s mikcí je spokojena, přetrvává mírná inkontinence stresového typu, kterou si pacientka zatím nepřeje řešit.

DISKUSE

Cizí těleso v močovém měchýři je jakýkoliv předmět vpravený do měchýře pacienta. Nejčastějším iatrogenním cizím tělesem v močovém měchýři jsou nálezy ligatur po operaci

okolních orgánů. Mohou být i dlouhou dobu klinicky němé, tak jako tomu bylo u naší pacientky. Nejčastějším projevem cizího tělesa v močovém měchýři bývá pyurie, hematurie, příznaky zánětu nebo obstrukce. Tento stav může vést až k vytvoření píštělí, dekubitů, divertiků a k perforacím močových cest. Inkrustací může dojít k tvorbě litiázy. Řešením je nejčastěji endoskopické odstranění za pomoci kleští, košíčku či jiného endoskopického instrumentaria. Velká a zaklíněná tělesa si mohou vyžádat i otevřenou operaci.

V našem případě stačil endoskopický výkon s odstraněním stehu endoskopickými kleštěmi.

ZÁVĚR

Cílem těchto kazuistik je ukázat možné méně obvyklé příčiny dysurických potíží u žen.

K nalezení méně obvyklé příčiny mikčních potíží přispívají důkladnější urologická vyšetření. V obou případech ukazujeme využití transvaginálního ultrazvukového vyšetření, které v určitých situacích může napomoci diagnostice. Řešení jsme v obou případech zvolili operační, v prvním případě otevřenou cestou a ve druhém endoskopicky.

DOPORUČENÁ LITERATURA

1. **Kawaciuk I.** Urologie. 1. vyd. Praha: Galén 2009; 12.
2. **Bells JA, Post GJ, Rochman SC, Milam DF.** Genitourinary leiomyomas. Urology 1979; 13: 424–429.
3. **Záfura F, Fiala R, Študent V, Perníčka J, Adamus J, Marek O.** Leiomyom prostaty a peroperační komplikace při jeho extirpaci. Čes Urol 1998; 1: 18–19.
4. **Hora M, Hes O, Chudáček Z, Michář M, Klečka J.** Leiomyom – kazuistika. Čes Urol 2004; 3: 12–13.
5. **Steiner M, Quinlan D, Goldman SM, et al.** Leiomyom of the kidney: Presentation of 4 new cases and the role of computerised tomography. J Urol 1990; 143: 994–998.
6. **van Phoven A, de Kernion JB.** Clinical management of foreign bodies of the genitourinary tract. J Urol 2000; 164: 274–287.
7. **Lev R.** Cizí těleso v močovém měchýři. Urologie pro praxi 2003; 4: 175.
8. **Porter W, Sze EHM.** Co bylo příčinou močové inkontinence? Gynekologie po promoci 2004; 4: 70–72.
9. **El-Tabey NA, Ali-El-Dein B, Shaaban AA, et al.** Urological trauma after gynecological and obstetric surgeries. Scand J Urol Nephrol 2006; 40: 225–231.