

The authors report a case of a woman who, at the age of 21 years, underwent bladder augmentation using a detubularized segment of the sigmoid colon for recurrent ulcerative cystitis. The treatment was successful, the patient has lived a normal full life, including an uneventful pregnancy with a natural vaginal delivery. The patient had had no urological complaints until 54 years old when she sought urologic care for recurrent lower urinary tract infections.

The examination revealed a tumour in the augmented part of the bladder. Although it was a poorly differentiated G3 adenocarcinoma, the tumour could be removed radically and the resected part replaced with a detubularized ileal graft. The patient is now, eight months after the procedure, completely free of complaints, with no recurrence, using clean intermittent catheterization with occasional spontaneous voiding, is continent, and under regular surveillance by a urologic oncology team.

The present case report illustrates the importance of regular and continuous surveillance of patients with a history of reconstructive urologic surgery using an intestinal graft.

KEY WORDS

Bladder augmentation, detubulative segment sigmatis, ulcerative cystitis, tumor-augmented bladder parts, adenocarcinoma, pure intermittent catheterization.

.....

ÚVOD

Jednou z možných pozdních komplikací použití střevního štěpu u urologických rekonstrukčních výkonů je vznik sekundárního nádoru v použitém střevním segmentu. První zmínkou o těchto komplikacích představuje Hammerova publikace z roku 1929 (1), čtenější publikace se objevují od 70. let minulého století (2, 3). Karcinom může postihnout jakýkoli použitý střevní segment, a to jak ileum (3), tak i kolon (4, 5). Od typu derivace a použité části gastrointestinálního traktu se odvíjí riziko sekundárního

nádoru. Nejvyšší riziko vzniku sekundárního tumoru je u ureterosigmoidostomie, a to 2,58 %, a dále u sigmoideocystoplastiky (1,58 %). Riziko u ortotopické kolické náhrady je 0,97 % versus 0,05 % v případě ileální neoveziky. V případě srovnání ileální neoveziky s ileocékální neovezikou není signifikantního rozdílu v riziku vzniku sekundárního tumoru (6, 7, 8).

KAZUISTIKA

V roce 2017 vyhledala na žádost praktického lékaře naši péči pacientka, u které se vyskytly opakované symptomatické infekce dolních močových cest.

Při prvotním vyšetření na urologii byl zaznamenán masivní nález leukocytů a hlenu v moči. Na ultrazvuku zachycen megaureter na pravé straně s dilatací kalichopánvičkového systému a vyšetření močového měchýře ukázalo atypickou konfiguraci močového měchýře s jasnou intraluminální nádorovou masou.

Pacientka prodělala v 21 letech (před 33 lety) augmentaci močového měchýře pomocí detubulizovaného segmentu esovité kličky pro recidivující ulceroflegmonózní cystitidy. Léčba byla úspěšná, takže celou dobu nepotřebovala žádnou urologickou péči, spontánně močila, netrpěla na symptomatické infekce močových cest, dokonce s augmentovaným měchýřem porodila přirozenou cestou. Z dalších operací prodělala nekomplikovanou cholecystektomii, odstranění obou vaječníků, je sledována pro myom, trpí obezitou I. stupně (BMI 34,53) a je nikotinička. Chronickou medikaci neužívá.

Na vstupním CT – intravenózní urografii byla potvrzena dilatace pravého kalichopánvičkového systému a ureteru až na 15 mm, asymetrický tvar močového měchýře s laločnatou stěnou šíře 35 mm s postkontrastně se sytící masou s kalcifikacemi, do které je zavzat pravý ureter (obr. 1, 2, 3, 4). Kolo­skopické vyšetření u pacientky indikováno nebylo, ani její rodinná anamnéza neobsahuje kolorektální karcinom.

Při cystoskopii bylo nalezeno levé ústí ejakulující čirou moč, pravé ústí nebylo zachyceno, a augmentovaná část byla postižena endoskopicky neřešitelnou plošnou tumorózní infiltrací žlutavé