

známek peritoneálního dráždění, neodvádějí permanentní močový katétr a kožní krvácející defekt na zádech mezi lopatkami s podezřením na bazaliom. Pacient byl afebrilní, bez klidové dušnosti, oběhově stabilní se sklonem k mírné tachykardii (96/min) a měl snížený turgor kůže a suché sliznice.

Pacientovi jsme vyměnili permanentní močový katétr a na kultivaci odebrali sterkorálně páchnoucí velmi tmavou moč. Sonografický nález odhalil městnání kalichopánvičkového systému oboustranně při známé mírné chronické dilataci vlevo (opakovaně nenalezeno levé ústí při resekcích močového měchýře), řešené vzhledem k normálním hodnotám renálních funkcí a věku konzervativně. Při sonografickém vyšetření byla oblast močového měchýře nepřehledná s nepravidelnou různě širokou sliznicí a anechogenním obsahem s drobnými plovoucími hyperechogenitami. Pro podezření na enterovezikální píštěl či perforaci močového měchýře jsme doplnili kontrastní CT s vylučovací fází a CT cystogram (Obr. 1 a 2). V radiologickém popisu byly píštěl či perforace vyloučeny a ve stěně a v lumen močového měchýře a v pravém ureteru jsme zjistili volný plyn. Mezi vedlejší nálezy patřily tumorózní hmoty stěny močového měchýře a oboustranná dilatace kalichopánvičkového systému.

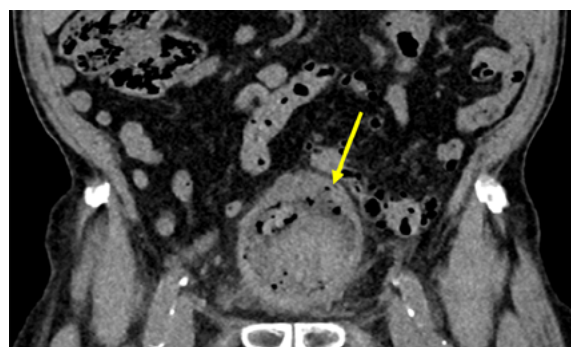


Obr. 1. CT vylučovací urografie a CT cystogram – frontální řez: obraz emfyzematózní cystitidy (volný plyn ve stěně močového měchýře) – viz šipka

Fig. 1. CT scan with contrast and an excretory phase and CT cystogram – coronal plane: picture of emphysematous cystitis (free gas in the bladder wall) – see arrow

Vstupní hodnota glykemie byla 15 mmol/l. Mezi další význačné laboratorní výsledky patřila elevace C-reaktivního proteinu, leukocytóza, elevace kreatininu a urey (Tab. 1).

Pacienta jsme přijali na naši kliniku na jednotku intenzivní péče. Po konzultaci antibiotického střediska jsme nasadili empiricky piperacilin/tazobactam 4,5 g à 8 hod. a amikacin 1 g à 24 hod., jehož podávání bylo následně upravováno dle sérových hladin. Močový měchýř jsme derivovali za pomoci permanentního močového katétru, ojedinele s nutnými výplachy pro ucpávání detritem. Pacienta jsme rehydratovali intravenózně s úpravou vnitřního prostředí. Za hospitalizace probíhala kontinuální kontrola a kompenzace hyperglykemie včetně výměny perorálních antidiabetik za insulin-glargin. Z moči byla vykultivována *Escherichia coli* 10⁶ CFU/ml a *Citrobacter freundii* 10⁶ CFU/ml. Pacienta jsme nakonec po třech dnech přesunuli na standardní oddělení, ukončili terapii amikacinem a po sedmi dnech také piperacilinem/tazobactamem, dále jsme nasadili nitrofurantoin 100 mg 1x denně. Při absenci symptomů, vymizení městnání pravostranné ledviny (zřejmě při ústupu otoku v oblasti ústí po залечení infekce) a poklesu kreatininu na hodnoty měřené před hospitalizací, jsme neindikovali derivaci horních cest močových.



Obr. 2. CT vylučovací urografie a CT cystogram – transverzální řez: obraz emfyzematózní cystitidy (volný plyn v lumen močového měchýře) a rozšíření stěny močového měchýře z důvodu tumoru – viz šipka

Fig. 2. CT scan with contrast and an excretory phase and CT cystogram – axial plane: picture of emphysematous cystitis (free gas in the lumen of the bladder) and extended wall of bladder due to a bladder tumor – see arrow