

UROLOGICKÉ KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY

MUDr. Arne Ravný, MUDr. Ivo Šabacký
Urologické oddělení, FN u sv. Anny v Brně

V kazuistickém sdělení referujeme o 52letém nemocném, který byl od února tohoto roku vyšetřován na interních a chirurgických klinikách naší nemocnice pro váhový úbytek. Vzhledem ke stupňujícím se dysurickým obtížím byl odeslán na urologické oddělení. Po dokončení nezbytných laboratorních, zobrazovacích a endoskopických vyšetření byl prokázán poměrně rozsáhlý tumor pánve s veziko-enterální píštělí. Nemocný byl operačně revidován, histologický nález vícečetných resekátů tenkého střeva, sigmoidu a močového měchýře potvrdil diagnózu Crohnovy choroby.

Anamnéza

Nemocný má bezvýznamnou rodinnou anamnézu. Sam neměl během dosavadního života výraznější zdravotní potíže, pouze v roce 1992 byl vyšetřen na urologickém pracovišti s renální kolikou vpravo. Vzhledem k tomu, že neměl zdravotní problémy, na kontroly nechodil. Léky pravidelně nebral, alergický není. Fyziologické funkce (včetně konzistence stolice) byly normální. Během ledna nemocný zaznamenal váhový úbytek asi 5 kg, a proto se rozhodl k návštěvě lékaře.

Obrázek 1. Předoperační CT vyšetření – tumor prominující do močového měchýře



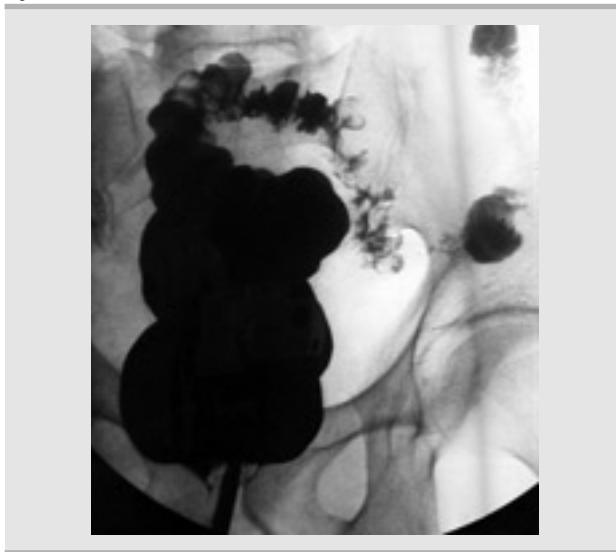
Obrázek 2. Předoperační cystogram s vezikoenterální píštělí



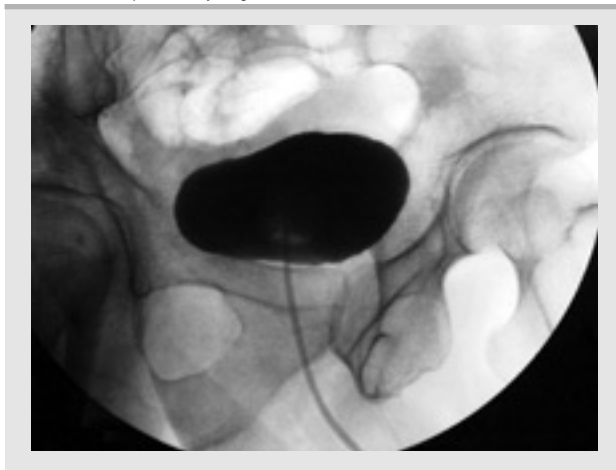
Vyšetření

Na interní ambulanci byla zjištěna vyšší sedimentace a anémie, jinak byly laboratorní odběry v normě. Při **ultrazvukovém vyšetření** břicha a pánve byla diagnostikována cholecystolitáza a suspektní nefrolitiáza vlevo. Dále byl v oblasti colon sigmoideum a descendens detekován 10centimetrový úsek střeva, kde chybí peristaltika a jsou přítomny velmi hrubé až klaté haustrace se suspektní infiltrací. Nemocný byl odeslán na chirurgickou ambulanci.

Obrázek 3. Předoperační irigografické vyšetření – podezření na divertikulózu sigmoidu



Obrázek 4. Pooperační cystogram



Na **kolonoskopickém vyšetření** (její výtěžnost byla limitována horším vyprázdněním a výraznou algickou reakcí nemocného) byly zjištěny pouze divertikly colon descendens a sigmatu. Při **irigografii** nebyl nemocný schopen udržet kontrastní látku a vyšetření bylo předčasně ukončeno. Z malého množství kontrastní látky, která pronikla do sigmoidea se dalo usuzovat na divertikulózu sigmatu. **Nádorové markery** kolorektálního karcinomu byly negativní.

Vzhledem k narůstajícím dysurickým potížím a suspektní příměsi stolice v moči bylo pokračováno ve vyšetření na urologickém oddělení. **CT vyšetření** břicha a pánve prokázalo rozsáhlý tumorózní infiltrát mezi klíčky stěva nasadající na vertex močového měchýře neostře ohraničený od okolí a hrbolovitě prominující do lumen močového měchýře. S tumorózní infiltrací souvisí i sigma. Zajímavý byl nález **scintigrafického vyšetření skeletu**, kde mimo skoliózu hrudní a bederní páteře byla popsána patologická kumulace radiofarmaka v měkkých tkáních pravé poloviny velké pánve. **Cystogram** prokázal vezikoenterální píštěl. Při **cystoskopickém vyšetření** byly nalezeny těžké zánětlivé změny sliznice, prominující tumor neměl makroskopicky charakter papilokarcinomu, na jeho povrchu byly patrné vstupy do suspektních vezikoenetrálních píštělí. **Histologický rozbor** odebraných vzorků tumoru popsal endoresekované části stěny močového měchýře s obrazem chronické folikulární urocystitidy, místy s výrazně denzním zánětlivým infiltrátem a hojnou příměsí plazmatických buněk. Zobrazovací vyšetřovací metody byly doplněny o **nukleární magnetickou rezonanci** – tato popsala rozsáhlý infiltrát v oblasti fundu močového měchýře a přilehlých střevních klíčků s enterovezikální píštělí. Ze získaného obrazu se diagnostik nebyl schopen vyjádřit k etiologii infiltrátu.

Terapie

Nemocný byl připraven k **operační revizi**. V oblasti pánve byl nalezen poměrně rozsáhlý tuhý infiltrát, do kterého byly zavzato několik klíčků ilea, vertex, zadní stěna močového měchýře a sigma. Přistoupili jsme k trojnásobné resekci ilea, resekci sigmatu a močového měchýře. Vzorky infiltrátu všech těchto lokalit odeslané na akutní kryotomové vyšetření stejně tak jako resekováná část močového měchýře neprokázaly nález malignity, pouze těžké zánětlivé změ-

ny. Definitivní **histologické vyšetření** popsalo transmurální akutní a chronické zánětlivé změny střevní stěny s mikroabscesy, ulceracemi, píštělemi a obrovskobuněčnými granulomy. Obraz odpovídal Crohnově chorobě. Pooperační průběh byl bez komplikací, po propuštění nemocný nemá aktuální zdravotní problémy, močí bez problémů, začal přibírat na váze. Další zdravotní péče o základní onemocnění byla předána do rukou gastroenterologa.

Diskuze

Etiologie Crohnovy choroby je neznámá, příčina dosud nebyla prokázána. Uvažuje se o infekci, psychosomatických faktorech a poruše imunity. V současné době mají nejvíce přívrženců teorie o přenosném agens, které působí za dlouhou dobu u vnímavých jedinců s imunologickou poruchou.

Původní název choroby – **ileitis terminalis** – vyjadřoval, že zánět je ohraničen na tuto oblast. Během let se však zjistilo, že může postihovat kteroukoliv část trávicí trubice od úst přes žaludek až k tlustému střevu a rektu i anu.

Podstatou patologického procesu je granulomatózní zánět, který postihuje všechny vrstvy střeva. Onemocnění má tendenci k tvorbě píštělí a striktur. Ke vzdáleným komplikacím patří mimo jiné i urolitiáza (kameny jsou složeny z urátů nebo oxalátů) a cholecystolitiáza.

Riziko recidivy onemocnění vyžadující si další chirurgický výkon je i při dlouhodobé medikamentózní léčbě značné.

Závěr

Při vyjádření **klinických symptomů** (bolest způsobená zánětem a obstrukcí, průjem, subfebrilie, váhový úbytek eventuálně příznaky píštělí), patologických výsledcích **laboratorních vyšetření** (vysoká sedimentace, anemie, leukocytóza, snížená hladina plazmatické bílkoviny a albuminu), typických nálezech **zobrazovacích vyšetření** (string sign při irigografii, striktury a projevy segmentálního poškození při vyšetření pasáže tenkým střevem, vezikoenterálních píštělí na cystogramu) a **endoskopických vyšetření** s odběrem histologického materiálu není stanovení diagnózy Crohnovy choroby obtížné. Pokud nejsou nálezy jednoznačné, může definitivní odlišení od nádorového poškození střeva nebo močového měchýře přinést až operační revize.

Literatura

1. Kužela L., Kment M.: Gastroenterologie, Avicenum/zdravotnické nakladatelství, Praha, 1985