

## 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. Sám 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



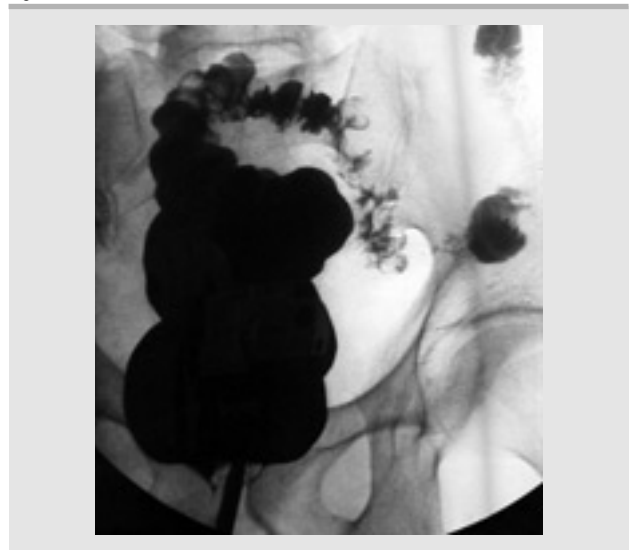
**Obrázek 2.** Předoperační cystogram s vezikoenterální píštělí



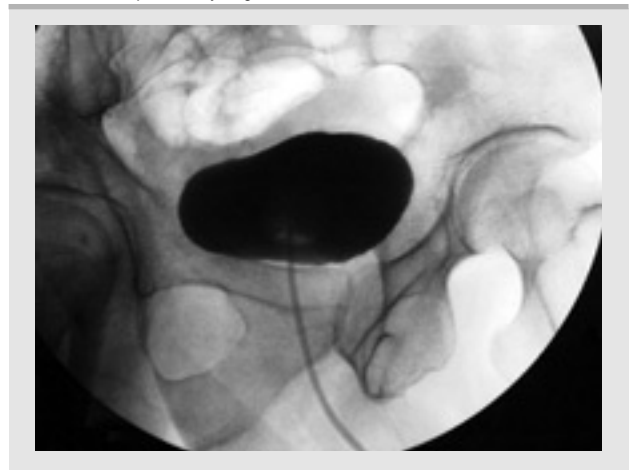
### Vyšetření

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 křivé haustre 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 kličkami střeva nasadající na vertex močového měchýře neostře ohraničený od okolí a hrbolovitě prominující do lumen močového měchýře. S tumorózní infiltrací souvisí i sigma. Zajímavý byl nálezní **scintigrafického vyšetření skeletu**, kde mimo skoliózu hrudní a bederní páteře byla popsána patologická kumulace radiofarmaka v měkkých tkáních pravé poloviny velké pánve. **Cystogram** prokázal vezikoenetrální 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 kliček 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 kliček 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 nálezní malignity, pouze těžké zánětlivé změ-

### Literatura

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

ny. Definitivní **histologické vyšetření** popsalo transmuralní 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, průjmy, 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 postižení při vyšetření pasáže tenkým střevem, vezikoenetrálních 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 postižení střeva nebo močového měchýře přinést až operační revize.