



ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ENCRUSTED ΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ

Ν. Φοινιώτου¹, Γ. Μακρής¹, Γ. Τόμπρος¹, Δ. Ζαγγίλας¹, Ε. Βούζα²,
Χ. Γεώργιος Χρήστος Κούης¹, Κ. Μιχαήλ¹, Σ. Μεγάλεμος¹

Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. ΕΛΠΙΣ¹, Παθολογοανατομικό Τμήμα Γ.Ν ΕΛΠΙΣ²

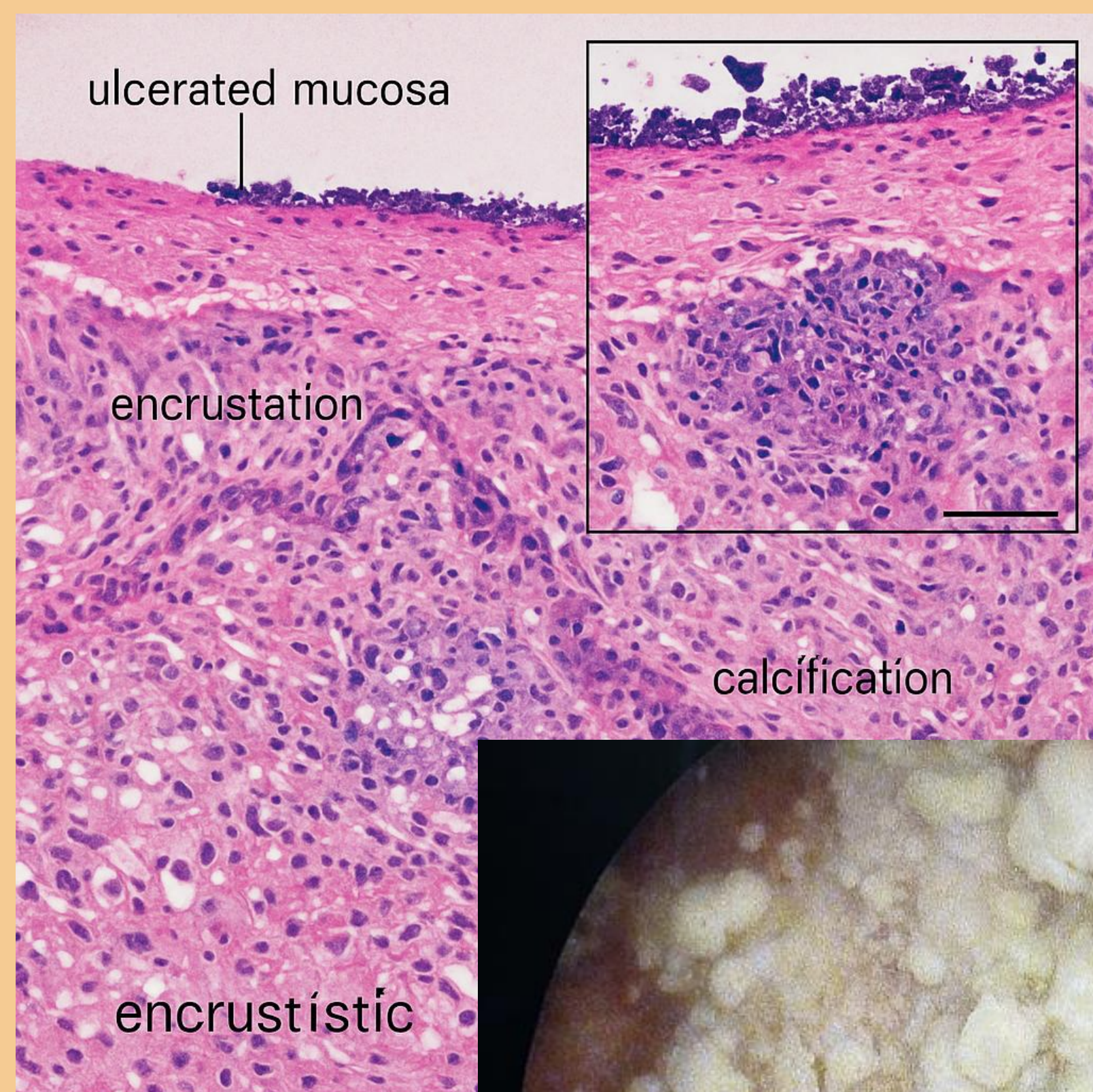


Σκοπός της μελέτης

Πρόκειται για σπάνια περίπτωση ενός άνδρα με ιστορικό υποτροπιάζουσων ουρολοιμώξεων και σπάνια μορφή κυστίτιδας. Η αναφορά εστιάζει στις διαγνωστικές προκλήσεις και στη θεραπευτική προσέγγιση για την κλινική βελτίωση του ασθενούς.

Υλικό και μέθοδος

Άνδρας 47 ετών προσήλθε στο ΤΕΙ με ερεθιστικά LUTs διάρκειας περίπου δύο ετών. Είχε λάβει επανειλημμένα σχήματα αντιβιοτικών για υποτροπιάζουσες UTIs χωρίς ουσιαστική βελτίωση. Ενώ οι καλλιέργειες ούρων ήταν κατ' επανάληψη αρνητικές. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, υποβλήθηκε σε δυο διαδοχικές TUR-BTs αλλαχού. 1η TURBT χωρίς ιστοπαθολογικό πόρισμα ενώ στη 2η TURBT εντοπίστηκε ουροθηλιακό καρκίνωμα, pTa, low grade. Διενεργήθηκε US: πάχυνση τοιχώματος και πιθανές αποτιτανώσεις και CT: πάχυνση προσθίου τοιχώματος της κύστης με παρουσία περιφερικών αποτιτανώσεων. Κατά τον ενδοσκοπικό έλεγχο έγινε άμεση αναγνώριση χαρακτηριστικών ευρημάτων: λευκωπές κρούστες στον βλεννογόνο με δυνατότητα λήψης βιοψιών. Η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε χρόνια φλεγμονώδη διήθηση με εκτεταμένη εναπόθεση φωσφορικών αλάτων στο τοίχωμα της κύστης, χωρίς στοιχεία κακοήθειας, εύρημα συμβατό με Encrusted Cystitis. Ακολούθησε ενδοκυστική θεραπεία με υαλουρονικό οξύ.



Διαγνωστικά ευρήματα συμβατά με Encrusted Cystitis. Αξονική τομογραφία, Ιστοπαθολογική εικόνα, Ενδοσκοπική εικόνα.

Αποτελέσματα

Μετά την τρίτη TURBT και την έναρξη ενδοκυστικής θεραπείας με υαλουρονικό οξύ, παρατηρήθηκε σημαντική κλινική βελτίωση των ερεθιστικών LUTs, μείωση των υποτροπών, και βελτίωσης των νέων αποτιτανώσεων στην κυστεοσκοπική επανεκτίμηση.

Συμπεράσματα

Η πρώτη περιγραφή της EC έγινε το 1914 από τον Francois J., που χρησιμοποίησε τον όρο «cystite incrustée». Αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια χρόνια φλεγμονή της ουροδόχου κύστης, με εναπόθεση κρυστάλλων φωσφορικού ασβεστίου στον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης. Συχνά ενοχοποιούνται βακτήρια που παράγουν ουρεάση, πχ *Corynebacterium urealyticum*, προκαλώντας αλκαλικό pH και καθίζηση αλάτων. Συχνά υποδιαγιγνώσκεται γιατί τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά της κοινής κυστίτιδας. Απαιτεί υψηλή κλινική υποψία όταν όταν εμμένουσες UTIs συνοδεύονται από αλκαλικά ούρα, ανθεκτικότητα σε κοινή αντιβιοτική θεραπεία ή τοιχωματικές επασβεστώσεις στην CT-gold standard, ιδίως μετά από καθετηριασμό, ενδοουρολογικούς χειρισμούς, BCG ή ανοσοκαταστολή. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και χωρίς εμφανείς προδιαθεσικούς παράγοντες (αναφορές σε παιδιά και ανοσοεπαρκείς ενήλικες). Οι συνήθεις καλλιέργειες συχνά δεν ανιχνεύουν το αίτιο. Απαιτούνται ειδικές καλλιέργειες για απομόνωση *C. urealyticum* και επιβεβαίωση με ιστολογία. Η αποτελεσματική θεραπεία βασίζεται στον συνδυασμό στοχευμένων αντιβιοτικών (γλυκοπεπτιδία: βανκομυκίνη, τεϊκοπλανίνη), οξυνοποίηση του PH και ενδοσκοπικής εκτομής των επασβεστώσεων. Στόχος η μείωση των υποτροπών και η προστασία του ανώτερου ουροποιητικού.