



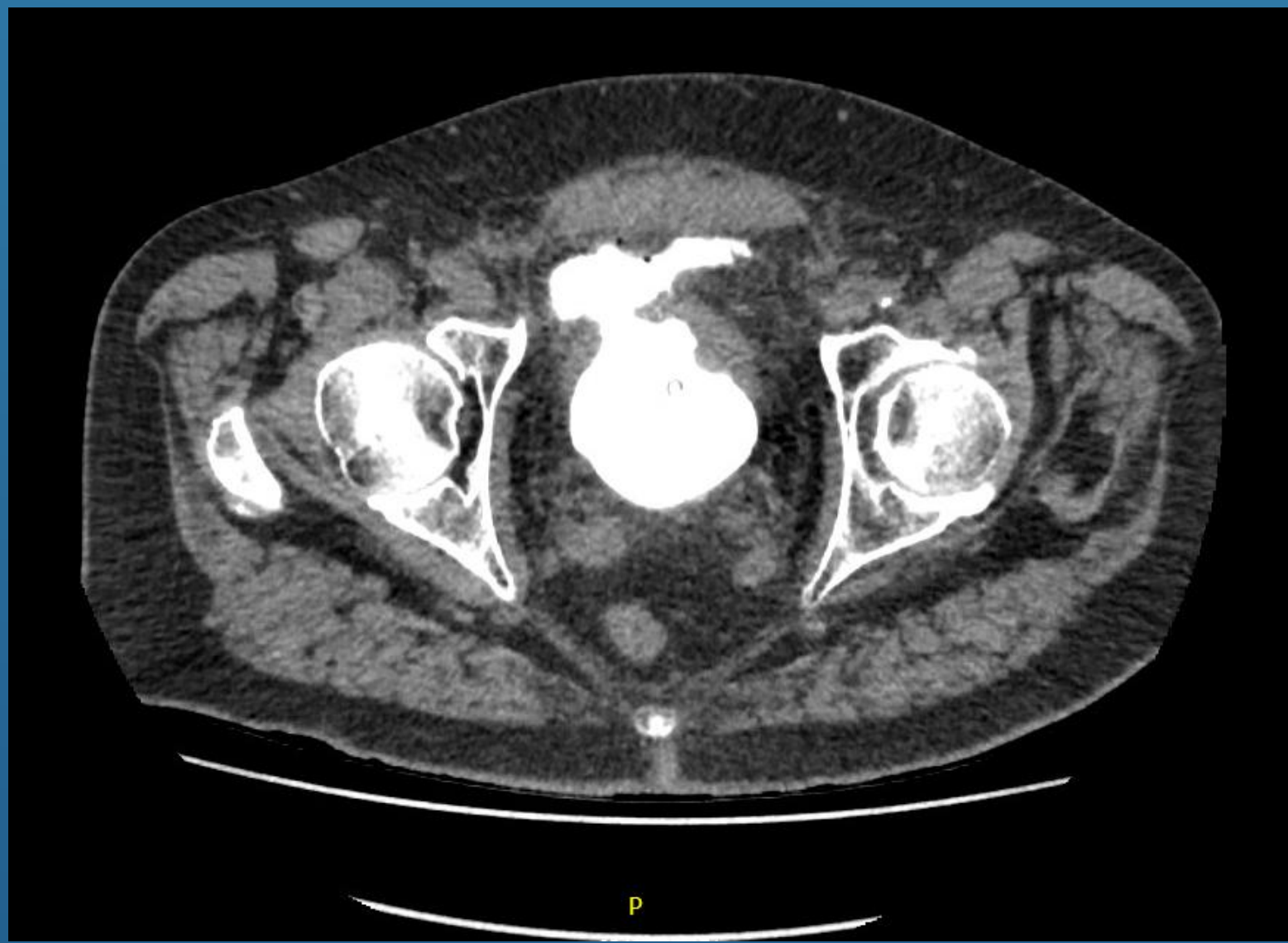
Εξωπεριτοναϊκή ρήξη ουροδόχου κύστεως μετά από διουρηθρική εκτομή όγκου ουροδόχου κύστης και εφάπαξ ενδοκυστική έγχυση επιρουμπικίνης 40 mg σε ασθενή με πολλαπλή σκλήρυνση: παρουσίαση περιστατικού

Κουρουνιώτης Χ., Τζώρας Α., Σάμης Α., Γάσπαρος Φ., Τουρπτζόγλου Α., Φλώρος Χ., Κόϊκος Ι., Τσακίρης Σάββας, Σταματάκος Π., Μπέλλος Θ., Ζέρβα Μ., Πανόπουλος Ι., Φεράκης Ν.



Εισαγωγή: Η νευρογενής κύστη λόγω σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ) συχνά εμφανίζει μειωμένη ενδοτικότητα και χωρητικότητα, γεγονός που προδιαθέτει σε υψηλές ενδοκυστικές πιέσεις και μειωμένη ικανότητα επούλωσης μετά από κάκωση. Έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις χημικής κυstitίδας και ρήξης της κύστης μετά από άμεση έγχυση επιρουμπικίνης, ιδιαίτερα όταν υπάρχει αδιάγνωστη κάκωση από την εκτομή. Η παρούσα περίπτωση είναι αξιοσημείωτη, καθώς:

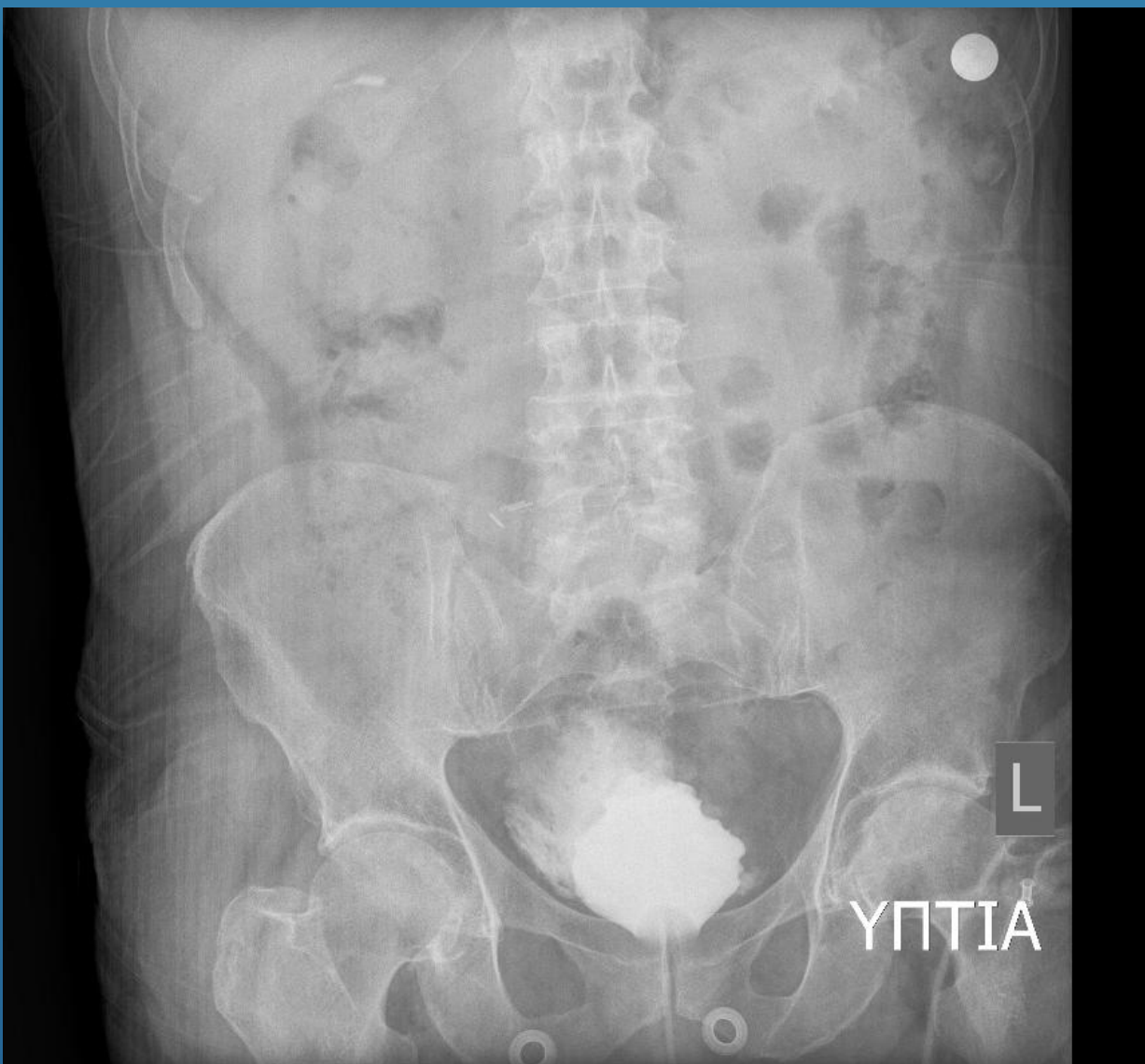
- Η εξωπεριτοναϊκή ρήξη συνέβη σε νευρογενή κύστη, παρά την εκτομή μιας μικρής βλάβης (0,8 cm), μετά από έγχυση επιρουμπικίνης
- Η επούλωση απαίτησε 16 εβδομάδες παροχέτευσης με καθετήρα, πολύ περισσότερο από τις συνήθεις 2–3 εβδομάδες.



Εικόνα 1. CT ανιούσα κυστεογραφία 8 εβδομάδες μετά τη διενέργεια TUR-BT, Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο Μπενάκειο» ΕΕΣ



Figure 2. 3D ανασύσταση «εικόνας 1». Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο Μπενάκειο» ΕΕΣ



Εικόνα 3. Ανιούσα κυστεογραφία 2 εβδομάδες μετά το TUR-BT

Μέθοδος-Υλικό: Παρουσιάζουμε περιστατικό εξωπεριτοναϊκής ρήξης ουροδόχου κύστης μετά από διουρηθρική εκτομή όγκου (TURBT) και άμεση έγχυση επιρουμπικίνης 40 mg σε ασθενή με πολλαπλή σκλήρυνση και νευρογενή κύστη. Άνδρας, 61 ετών, με ιστορικό πολλαπλής σκλήρυνσης, υποβλήθηκε σε TURBT λόγω εξωφυτικού μορφώματος ουροδόχου κύστης, τυχαίο εύρημα σε MRI λεκάνης ισχίων. Δεν αναγνωρίστηκε διάτρηση του τοιχώματος της ουροδόχου κύστης διεγχειρητικά. Μετεγχειρητικά έγινε εφάπαξ ενδοκυστική έγχυση επιρουμπικίνης 40mg. Ο ασθενής εξήλθε την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα χωρίς ουροκαθετήρα. Την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε οξύ κοιλιακό άλγος. Διαπιστώθηκε εξωπεριτοναϊκή ρήξη ουροδόχου κύστης.

Βιβλιογραφία:

1. Tyritzis SI, Stravodimos KG, Mihalakis A, Constantinides CA. Complications associated with primary and secondary perforation of the bladder following immediate instillations of epirubicin after transurethral resection of superficial urothelial tumours. Int Urol Nephrol. 2009 Dec;41(4):865–8.
2. Oddens JR, van der Meijden APM, Sylvester R. One Immediate Postoperative Instillation of Chemotherapy in Low Risk Ta, T1 Bladder Cancer Patients. Is it Always Safe? European Urology. 2004 Sep 1;46(3):336–8.
3. Vaidyanathan S, Hughes PL, Mansour P, Soni BM. Burrowing of urinary bladder wall by the tip of a size 22 Fr silicone foley catheter in an adult male patient with multiple sclerosis and suprapubic cystostomy: should caution be exercised in using a size 22 Fr silicone foley catheter for long-term drainage of neuropathic bladder? Cases J. 2008 Jul 8;1(1):25.
4. Kisić Tepavčević D, Pekmezović T, Dujmović Basuroski I, Mesáros S, Drulović J. Bladder dysfunction in multiple sclerosis: a 6-year follow-up study. Acta Neurol Belg. 2017 Mar;117(1):83–90.
5. Larsson P, Chamorro CI. A Review on Bladder Wound Healing after Mechanical Injury. J Tissue Sci Eng

Αποτελέσματα: Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε ουροθηλιακό καρκίνωμα pTaLG. Ανιούσα κυστεογραφία στις 2 & 6 εβδομάδες ανέδειξαν εμμένουσα διαφυγή στον εξωπεριτοναϊκό χώρο. Χειρουργική αποκατάσταση δεν κρίθηκε αναγκαία. Η follow-up κυστεοσκόπηση του 3-μήνου ανέδειξε εκκόλπωμα στο πρόσθιο τοίχωμα, χωρίς υποτροπή. Στις 16 εβδομάδες δεν ανευρέθη διαφυγή σκιαγραφικού σε νέα ανιούσα κυστεογραφία και αφαιρέθηκε ο ουροκαθετήρας χωρίς επιπλοκές.



Εικόνα 4. Ανιούσα κυστεογραφία στις 16 εβδομάδες- Πλήρωση ουροδόχου κύστης (χωρητικότητα=100mL)



Εικόνα 5. Ανιούσα κυστεογραφία στις 16 εβδομάδες- Κένωση ουροδόχου κύστης

Η εξωπεριτοναϊκή ρήξη της κύστης μετά από TURBT είναι σπάνια, με ποσοστά εμφάνισης κάτω από 1%. Ο κίνδυνος αυξάνεται σε ασθενείς με μικρής χωρητικότητας νευρογενή κύστη, λόγω αυξημένων ενδοκυστικών πιέσεων που επιδεινώνουν μη αναγνωρισμένες κακώσεις.

Οι περισσότερες εξωπεριτοναϊκές ρήξεις επουλώνονται με 1–3 εβδομάδες παροχέτευσης με καθετήρα· ο ασθενής μας χρειάστηκε 12 εβδομάδες, πιθανότατα λόγω της φυσιολογίας της νευρογενούς κύστης. Προηγούμενες αναφορές (Tyritzis et al., 2009· Oddens et al., 2004) επισημαίνουν χημική επιδείνωση μικρών ρήξεων με επιρουμπικίνη, ενώ ο Vaidyanathan et al., 2008, περιγράφει ιδιαίτερες προκλήσεις στην επούλωση νευρογενών κυστεών.

Συμπεράσματα: Η εξωπεριτοναϊκή ρήξη κύστης μπορεί να διαφύγει της διάγνωσης κατά τη διουρηθρική εκτομή, ιδιαίτερα σε νευρογενείς ρικνές κύστεις. Η πρώιμη ενδοκυστική χημιοθεραπεία ίσως επιδεινώσει τραύμα, που δεν αναγνωρίστηκε διεγχειρητικά. Η συντηρητική αντιμετώπιση σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση μπορεί να απαιτεί παρατεταμένο καθετηριασμό. Ο προεγχειρητικός έλεγχος της νευρογενούς κύστης και η επιλογή του χρόνου ενδοκυστικής χημιοθεραπείας είναι κρίσιμα βήματα για την πρόληψη αυτής της σπάνιας αλλά δυνητικά σοβαρής επιπλοκής.