



Φλεγμονώδης μυοϊνοβλαστικός όγκος ουροδόχου κύστεως – Παρουσίαση ενός εξαιρετικά σπάνιου περιστατικού.

Μακάριος Παπαδόπουλος¹, Παναγιώτης Μπαφαλούκος¹, Αποστόλου Κλεόβουλος¹, Γούλας Νικόλαος¹, Μιχαήλ Παπασταύρου¹, Σούρσος Γεώργιος¹, Τζούμα Γεωργία¹, Λιακόπουλος Παναγιώτης¹, Πέτσης Δημήτριος¹
¹Ουρολογική Κλινική Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ

Οι φλεγμονώδεις μυοϊνοβλαστικοί όγκοι αποτελούν σπάνια παθολογία, χαμηλού κακοήθους δυναμικού. Χαρακτηρίζονται από την υπερπλασία ατρακτοειδών μυοϊνοβλαστικών κυττάρων με συρροή λεμφοκυττάρων. Συνηθέστερη θέση εντόπισης είναι οι πνεύμονες, ενώ εξαιρετικά σπάνια είναι η εμφάνισή τους στην ουροδόχο κύστη. Τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με την εντόπιση και ενέχουν τον κίνδυνο τοπικής διήθησης και υποτροπής.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση διάγνωσης φλεγμονώδους μυοϊνοβλαστικού όγκου εντός της ουροδόχου κύστεως, σε ασθενή με ιστορικό θηλωμάτων ουροδόχου.

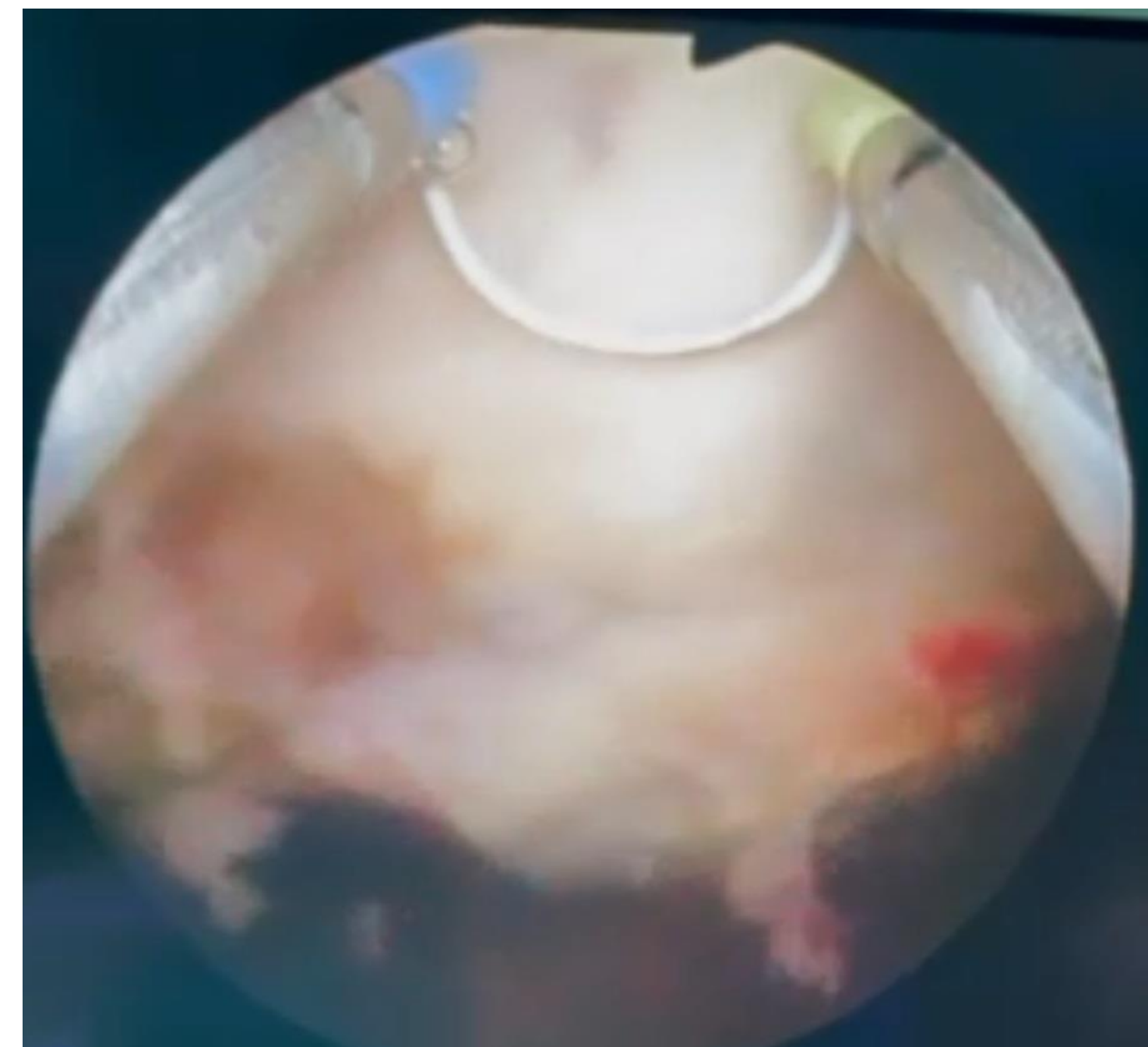
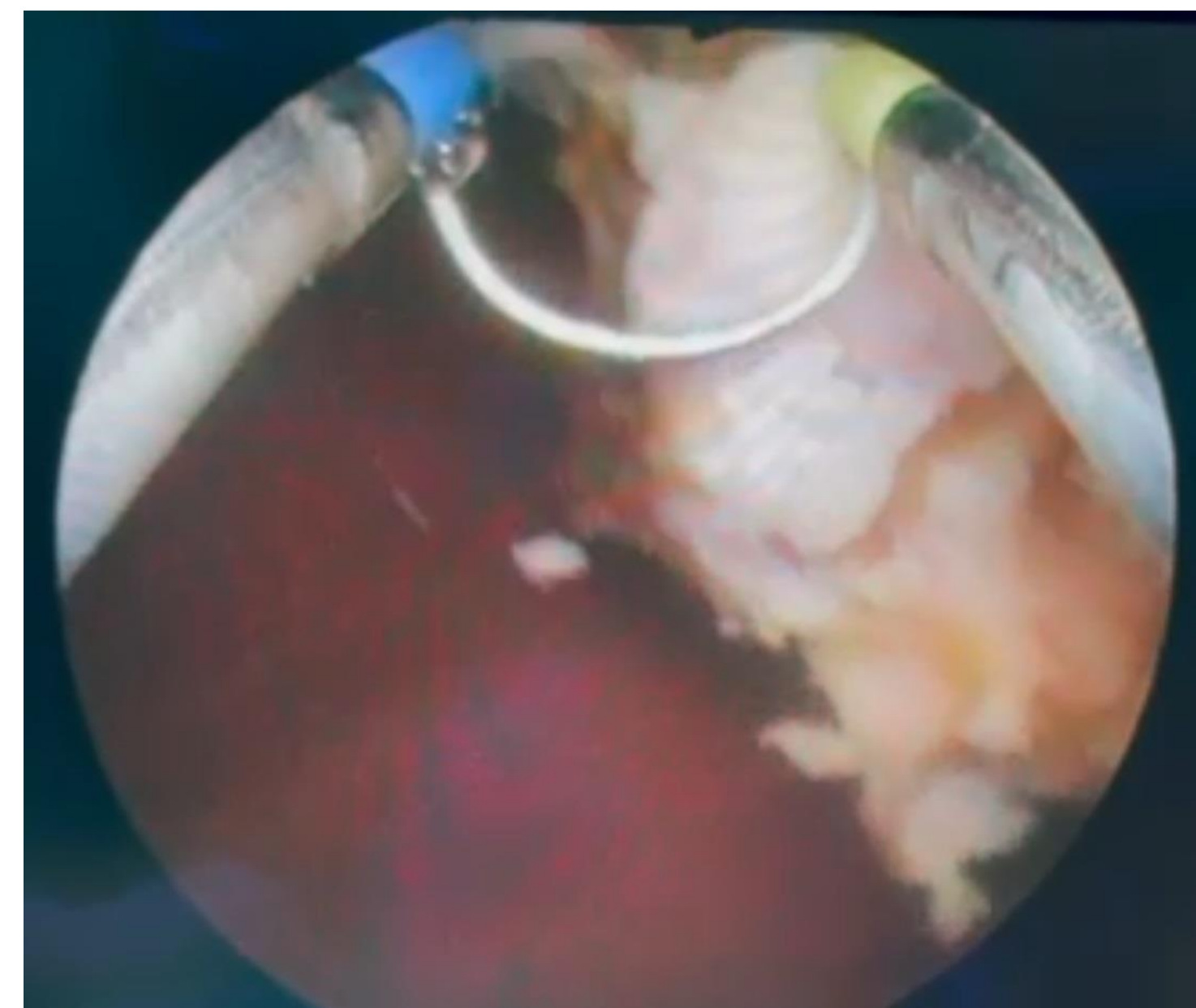
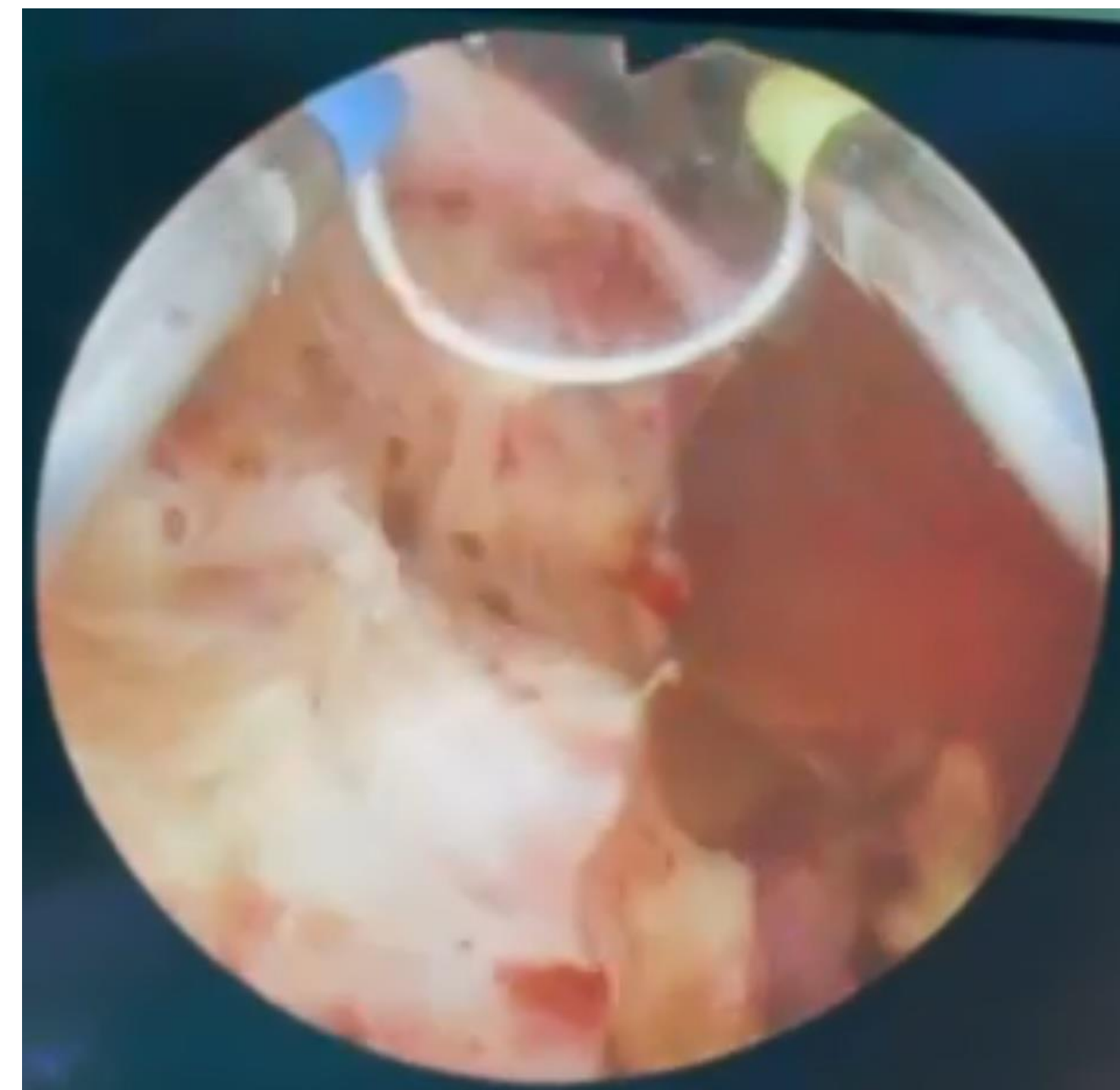
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενής γυναίκα 59 ετών, με ατομικό αναμνηστικό σακχαρώδους διαβήτη και επίκτητο μονόνεφρο αριστερά από 40ετίας, παρακολουθείται συστηματικά στην Ουρολογική κλινική, λόγω υποτροπών θηλωμάτων ουροδόχου κύστεως. Η πρώτη διουρηθρική αφαίρεση όγκου εκ της κύστεως πραγματοποιήθηκε το 2002, η οποία ανέδειξε ουροθηλιακό καρκίνωμα σταδίου pTa Grade I-II.

Στα πλαίσια της παρακολούθησης με τακτικό απεικονιστικό και κυστεοσκοπικό έλεγχο, τα επόμενα έτη η ασθενής υπεβλήθη σε διουρηθρική αφαίρεση πολλαπλών υποτροπών σταδίου pTa GI-II και pT1 GII-III, ενώ έτερες ύποπτες αλλοιώσεις ανέδειξαν χρόνιες φλεγμονώδεις αθροίσεις και σημεία ηωσινοφιλικής κυστίτιδας. Άξιο αναφοράς επίσης το ιστορικό συχνών ουρολοιμώξεων της ασθενούς που αντιμετωπίζονταν με αντιβιοτική αγωγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Marais B, John J. Inflammatory myofibroblastic tumour of the bladder: a case report and review of the literature. Ther Adv Urol 2022 May 17;14
- Khondakar n, McNeil B. Gross Hematuria in an Adolescent Secondary to a Rare Bladder Tumor: A Case Report and Review of Inflammatory Myofibroblastic Tumors of the Urinary Bladder. Urology 2022 Jul;165:e39-e45
- Hensley P, Kamat A. Clinicopathological analysis and outcomes of inflammatory myofibroblastic tumours of the urinary bladder. BJU Int. 2021 Nov 13.
- Nkwam N, Mann G. Inflammatory myofibroblastic tumor of the urinary bladder managed with partial cystectomy: a case report & literature review. J Surg Case Rep 2016 Nov 1;2016(11)



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τον 1/2022 πραγματοποιήθηκε κυστεοσκόπηση σε τακτική βάση, χωρίς την ανάδειξη υποτροπής της νόσου. Κατά την περίοδο αυτήν, η ασθενής ήταν ελεύθερη συμπτωμάτων.

Τον 5/2022, στα πλαίσια της παρακολούθησης, σε κυστεοσκόπηση υπό αναισθησία, ανευρέθηκε συμπαγές ωοειδές μόρφωμα ουροδόχου κύστεως, διαμέτρου 5εκ. Ακολούθησε διουρηθρική εκτομή αυτού και λήψη βιοψιών εκ της βάσης του.

Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε αλλοιώσεις με χαρακτηριστικές ψευδοσαρκωματώδους μυοϊνοβλαστικής υπερπλασίας του τύπου του φλεγμονώδους μυοϊνοβλαστικού όγκου (inflammatory myofibroblastic tumour).

Μετεγχειρητικά η ασθενής παρουσίασε έντονα δυσουρικά ενοχλήματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος με γενική και καλλιέργεια ούρων ήταν αρνητικός για ουρολοίμωξη, ενώ και ο απεικονιστικός έλεγχος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ετέθη σε πρόγραμμα ενδοκυστικών εγχύσεων υαλουρονικού οξέως, με σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων μετά από 1 εβδομάδα θεραπείας.

Η ασθενής βρίσκεται υπό παρακολούθηση με νέο απεικονιστικό και κυστεοσκοπικό έλεγχο σε 3 μήνες από την επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εντόπιση φλεγμονώδους μυοϊνοβλαστικού όγκου στην ουροδόχο κύστη είναι εξαιρετικά σπάνια. Η ανοσολογική απάντηση σε πολλαπλές ουρολοιμώξεις και προηγούμενες διουρηθρικές επεμβάσεις από το ιστορικό της ασθενούς, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι πιθανός αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης των όγκων αυτών, χωρίς η προέλευσή τους να είναι κατανοητή σε μοριακό επίπεδο.

Η συμπτωματολογία, εφόσον υπάρχει, μπορεί να περιλαμβάνει αιματουρία, άλγος, επιτακτικότητα, δυσουρία. Απεικονιστικός έλεγχος, κυστεοσκόπηση και βιοψία οδηγούν στη διάγνωσή τους.

Δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες για την αντιμετώπισή τους, με τη χορήγηση αντιφλεγμονώδους αγωγής και την κυστεκτομή να αποτελούν θεραπευτικές επιλογές. Απαραίτητη είναι η τακτική παρακολούθηση με κυστεοσκόπηση και απεικονιστικό έλεγχο λόγω του κινδύνου υποτροπής.