ΣΠΑΝΙΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΕΝΔΟΤΡΑΧΗΛΙΩΣΗΣ

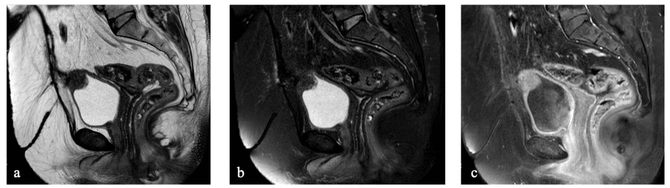
Διαμαντίδης Δ., Τσακαλδήμης Γ., Λαιλισίδης Σ., Παναγιωτόπουλος Ν., Καφαλής Χ., Χουσεΐν Χ., Γιαννακόπουλος Σ., Καλαϊτζής Χ.
Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (Δ/ντής: Καθ. Χρήστος Αθ. Καλαϊτζής)

Εισαγωγή

Η ενδοτραχηλίωση της ουροδόχου κύστης αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από την παρουσία έκτοπου ενδοτραχηλικού ιστού στο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης, προερχόμενου από τον παραμεσονεφρικό (μυλλεριανό) πόρο. Η σωστή διάγνωση της ενδοτραχηλίωσης είναι δύσκολη, καθώς συχνά συγχέεται με άλλες παθήσεις όπως η αδενική κυστίτιδα, η κυστική κυστίτιδα, το νεφρογενές αδένωμα και διάφορους τύπους κακοήθων όγκων, όπως το αδενοκαρκίνωμα και το ουροθηλιακό καρκίνωμα με αδενική διαφοροποίηση. Αυτή η μελέτη εξετάζει τη διαφορική διάγνωση της ενδοτραχηλίωσης της ουροδόχου κύστης, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ακριβούς διάγνωσης και του αποκλεισμού κακοήθειας.

Υλικά και Μέθοδος

Γυναίκα 47 ετών, η οποία παρουσίαζε χρόνιο πυελικό άλγος δύο χρόνια μετά από υστερεκτομή λόγω αδενομύωσης, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της Ουρολογικής κλινικής. Στο ιατρικό της ιστορικό περιλαμβάνονταν δύο καισαρικές τομές και δεν ανέφερε συμπτώματα όπως αιματουρία ή επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις. Οι απεικονιστικές εξετάσεις και η κυστεοσκόπηση αποκάλυψαν μια σφαιρική μάζα διαστάσεων 28,7x27 mm στον θόλο της ουροδόχου κύστης, η οποία προεξείχε από το παχυσμένο τοίχωμα της κύστης (Εικόνα 1). Διενεργήθηκε τμηματική κυστεκτομή, με την απομάκρυνση της μάζας και με υγιή όρια εκτομής 0,5 cm. Η ιστοπαθολογική εξέταση επιβεβαίωσε την παρουσία ενδοτραχηλικού ιστού. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω της βάσης δεδομένων PubMed, με σκοπό την ανάδειξη σπάνιων παθολογιών της ουροδόχου κύστης στο πρότυπο της ενδοτραχηλίωσης.



Εικόνα 1: Συμπαγής αλλοίωση στον θόλο της ουροδόχου κύστης με σχετικά ομαλά όρια και ενδοαυλικό προεξοχή, εμφανίζει ενδιάμεσο σήμα α) στις ακολουθίες Τ2 βάρους (T2W) και β) στις ακολουθίες Τ2 βάρους με καταστολή λίπους, καθώς και γ) ομοιογενή ενίσχυση στις ακολουθίες Τ1 βάρους με καταστολή λίπους μετά από χορήγηση σκιαγραφικού.

Αποτελέσματα

Οι βλάβες στην ουροδόχο κύστη χαρακτηρίζονται από ποικιλία καθιστώντας την ακριβή διάγνωση ιδιαιτέρως σημαντική. Παρά τη σημασία της προεγχειρητικής διάγνωσης, υπάρχει έλλειψη καθιερωμένων και ακριβών διαγνωστικών εργαλείων για την ενδοτραχηλίωση του τραχήλου της μήτρας.

Η διαγνωστική πρόκληση προκύπτει λόγω της ύπαρξης πολλών αδενικών βλαβών, τόσο ψευδονεοπλασματικών όσο και νεοπλασματικών, που απαιτούν προσεκτική διαφοροποίηση. Ως εκ τούτου, η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει πιθανές καταστάσεις όπως όγκους του ουροθηλίου ή του ουραχού, την αδενική κυστίτιδα, την κυστική κυστίτιδα, το νεφρογενές αδένωμα καθώς και τους μεσεγχυματικούς όγκους.

Το πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα της ουροδόχου κύστης είναι σπάνιο, αποτελώντας περίπου το 0,5-2% των καρκίνων της ουροδόχου κύστης. Συχνά εμφανίζεται στο πλαίσιο χρόνιας ερεθιστικότητας, φλεγμονής ή εντερικής μεταπλασίας του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστης. Αυτοί οι όγκοι εμφανίζουν αδενικά χαρακτηριστικά, μιμούμενοι το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου, και εντοπίζονται συνήθως στον θόλο της ουροδόχου κύστης. Λόγω της επιθετικής φύσης του, αυτός ο τύπος καρκίνου συνήθως παρουσιάζεται σε προχωρημένα στάδια, και η μακροπρόθεσμη πρόγνωση εξαρτάται από παράγοντες όπως ο βαθμός του όγκου και η παρουσία μεταστάσεων.

Το ουροθηλιακό καρκίνωμα με αδενική διαφοροποίηση αποτελεί έναν ιδιαίτερο τύπο ουροθηλιακού καρκινώματος, καθώς συνδυάζει τα χαρακτηριστικά του ουροθηλιακού καρκινώματος και του αδενοκαρκινώματος. Αυτή η αδενική διαφοροποίηση παρατηρείται περίπου στο 5% των διηθητικών ουροθηλιακών καρκινωμάτων και έχει συνδεθεί με χειρότερη πρόγνωση σε σύγκριση με τα αμιγώς ουροθηλιακά καρκινώματα. Οι όγκοι με αδενική διαφοροποίηση μπορούν να ταξινομηθούν σε υποτύπους όπως ο εντερικός, ο βλεννώδης και ο μη ειδικά καθορισμένος τύπος, οι οποίοι παρουσιάζουν ομοιότητες με αδενοκαρκινώματα του εντέρου. Παρόλο που η παρουσία της αδενικής διαφοροποίησης δεν έχει ξεκάθαρα προγνωστικά αποτελέσματα, η συνολική επιθετική συμπεριφορά του όγκου συμβάλλει στη δυσμενή έκβαση και στην αυξημένη πιθανότητα υποτροπής της νόσου.

Ο καρκίνος εκ του ουραχού αποτελεί μια σπάνια και ιδιαίτερα επιθετική μορφή καρκίνου, που προκύπτει από τον ουράχο, μια εμβρυϊκή δομή που συνδέει την ουροδόχο κύστη με τον ομφαλό κατά την ανάπτυξη του εμβρύου και συνήθως εξαφανίζεται μετά τη γέννηση. Όταν αυτός ο δομικός σωλήνας δεν εξαφανίζεται πλήρως, υπάρχει η πιθανότητα ανάπτυξης κακοήθους όγκου. Ο ουραχικός καρκίνος παρουσιάζεται συχνά με βλεννώδη χαρακτηριστικά και έχει πολλές μοριακές ομοιότητες με το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου, όπως μεταλλάξεις στα γονίδια KRAS και TP53. Αυτοί οι όγκοι είναι εξαιρετικά επιθετικοί και έχουν υψηλό ποσοστό υποτροπής, παρά τη χειρουργική αφαίρεση, η οποία είναι η κύρια θεραπευτική προσέγγιση.

Η αδενική κυστίτιδα είναι μια καλοήθης πάθηση που χαρακτηρίζεται από τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστης, τα οποία υφίστανται μεταπλασία και μετατρέπονται σε αδενικό επιθήλιο. Αυτή η κατάσταση συνδέεται συχνά με χρόνια φλεγμονή ή ερεθισμό της ουροδόχου κύστης και συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς με μακροχρόνια ουρολογικά προβλήματα. Παρόλο που είναι καλοήθης, η αδενική κυστίτιδα έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αδενοκαρκινώματος σε περιπτώσεις όπου η φλεγμονή είναι εκτεταμένη ή διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό καθιστά σημαντική την τακτική παρακολούθηση ασθενών με αυτήν την πάθηση.

Η κυστική κυστίτιδα είναι μια καλοήθης κατάσταση με αντιδραστικές φλεγμονώδεις αλλαγές στην ουροδόχο κύστη, η κυστική κυστίτιδα συνήθως εμφανίζεται ως υποβλεννογόνιες κύστεις. Αυτή η κατάσταση σχετίζεται με χρόνιο ερεθισμό και μπορεί να εξελιχθεί σε αδενική μεταπλασία, αυξάνοντας τον κίνδυνο νεοπλασματικού μετασχηματισμού, αν και η κακοήθεια παραμένει σπάνια.

Το νεφρογενές αδένωμα είναι ένας σπάνιος καλοήθης όγκος που αναπτύσσεται στον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης και συνδέεται συνήθως με προηγούμενη βλάβη ή μόλυνση. Η αιτία αυτού του όγκου είναι συχνά τραύμα ή φλεγμονή, και τα κύτταρα του όγκου εμφανίζουν πολλαπλασιαστική συμπεριφορά που μοιάζει με αδενικά κύτταρα. Παρόλο που δεν είναι αληθινός όγκος αλλά προϊόν μεταπλασίας, μπορεί να παρερμηνευθεί ως κακοήθεια λόγω της εμφανώς πολλαπλασιαστικής φύσης του. Η σωστή διάγνωση είναι κρίσιμη για την αποφυγή περιττών επεμβάσεων ή θεραπειών.

Οι μεσεγχυματικοί όγκοι είναι σπάνιοι και περιλαμβάνουν έναν ευρύ φάσμα από καλοήθεις έως κακοήθεις όγκους. Οι καλοήθεις μεσεγχυματικοί όγκοι, όπως τα λειομυώματα, τα ινομυώματα και τα αιμαγγειώματα, είναι σχετικά αβλαβείς και σπάνια απαιτούν επεμβατική θεραπεία. Ωστόσο, οι κακοήθεις όγκοι, όπως τα λειομυοσαρκώματα, τα ραβδομυοσαρκώματα και τα λεμφώματα, είναι επιθετικοί και απαιτούν άμεση θεραπευτική παρέμβαση. Η διάγνωση αυτών των όγκων βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ιστοπαθολογική ανάλυση, καθώς η μορφολογία τους είναι πολύπλοκη και ποικίλει σημαντικά.

Συμπεράσματα

Η μελέτη αναδεικνύει την ενδοτραχηλίωση της ουροδόχου κύστης ως μια σπάνια κλινική οντότητα, η οποία συχνά μιμείται άλλες καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις, όπως το αδενοκαρκίνωμα και το ουροθηλιακό καρκίνωμα με αδενική διαφοροποίηση. Στην παρούσα περίπτωση, η διάγνωση επιβεβαιώθηκε μετά από τμηματική κυστεκτομή και ιστοπαθολογική ανάλυση. Η ακριβής διάγνωση είναι κρίσιμη, καθώς η κλινική και απεικονιστική παρουσία της ενδοτραχηλίωσης μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση με κακοήθειες, καθιστώντας απαραίτητο τον αποκλεισμό τους. Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση είναι καθοριστική για την κατάλληλη διαχείριση και την πρόληψη περιττών επεμβάσεων.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ashley RA, Inman BA, Sebo TJ, Leibovich BC, Blute ML, Kwon ED, Zincke H. Urachal carcinoma: clinicopathologic features and long-term outcomes of an aggressive malignancy. Cancer. 2006 Aug 15;107(4):712-20. doi: 10.1002/cncr.22060 PMID: 16826585.

Gordetsky J, Epstein JI. Intestinal metaplasia of the bladder with dysplasia: a risk factor for carcinoma? Histopathology. 2015 Sep;67(3):325-30. doi: 10.1111/his.12661. Epub 2015 Mar 8. PMID: 25640978.

Habiba, M., Brosens, I. & Benagiano, G. Müllerianosis, Endocervicosis, and Endosalpingiosis of the Urinary Tract: A Literature Review. Reprod. Sci. 25, 1607–1618 (2018). https://doi.org/10.1177/1933719118773441.

Humphrey, P.A., Moch, H., Cubilla, A.L., Ulbright, T.M., & Reuter, V.E. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs—Part B: Prostate and Bladder Tumours. European Urology, Volume 70, Issue 1, 2016, Pages 106-119, ISSN 0302-2838, https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.02.028.

Minghao Zhong, Elizabeth Gersbach, Stephen M. Rohan, Ximing J. Yang; Primary Adenocarcinoma of the Urinary Bladder: Differential Diagnosis and Clinical Relevance. Arch Pathol Lab Med 1 March 2013; 137 (3): 371–381. doi: https://doi.org/10.5858/arpa.2012-0076-RA.

Paner, G.P., Sexton, W.J. (2012). Adenocarcinoma of the Urinary Bladder. In: Hansel, D., McKenney, J., Stephenson, A., Chang, S. (eds) The Urinary Tract. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5320-8_11.

Raspollini, M.R., Cimadamore, A., Montironi, R., Lopez-Beltran, A. (2020). Urinary Tract Adenocarcinoma. In: van Krieken, J. (eds) Encyclopedia of Pathology. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28845-1_4971-1.

Samaratunga H, Delahunt B, Yaxley J, Egevad L. Tumour-like lesions of the urinary bladder. Pathology. 2021 Jan;53(1):44-55. doi: 10.1016/j.pathol.2020.08.005. Epub 2020 Oct 15. PMID: 33070959.

Taylor, A.S., Mehra, R., & Udager, A.M. Glandular Tumors of the Urachus and Urinary Bladder: A Practical Overview of a Broad Differential Diagnosis. Arch Pathol Lab Med 1 October 2018; 142 (10): 1164–1176. doi: https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0206-RA.