

Κυστική ουρητηρίτιδα μιμούμενη νεόπλασμα ουρητήρα: μια σπάνια νοσολογική οντότητα.

Α. Ζαρκάδας [1], Α. Καρμόγιαννης [1], Δ. Κοζυράκης [1], Δ. Μπόζιος [1], Β. Κωνσταντινόπουλος [1], Γ. Χαρώνης [1], Α. Μ. Κονόμη [1], P. Nair [2], Γ. Καλλίνικας [1], Κ. Σαφιολέας [1], Α Φίλιος [1], Δ. Μυτιλινιού [1], Ε. Ροδινός [1], Κ. Παπαπαρασκευά [2], Π. Φίλιος [1].

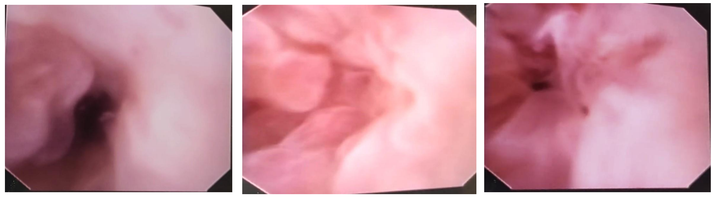
1. Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο», Ουρολογική Κλινική,
2. Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο», Παθολογοανατομικό Εργαστήριο



❖ **Εισαγωγή.** Η κυστική ουρητηρίτιδα (ΚΟ) αποτελεί μια σπάνια πάθηση του ανώτερου ουροποιητικού που ενδοσκοπικά χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυάριθμων κυστικών βλαβών. Ενώ αποτελεί καλοήθη κατάσταση στην διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται και οι κακοήθειες του ουροποιητικού.

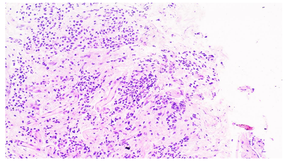
❖ **Υλικό & Μέθοδος.** Περιγράφεται σπάνιο περιστατικό ΚΟ σε γυναίκας 62 ετών που προσήλθε στο ΤΕΠ με αναφερόμενο άλγος αριστερά οσφύος, συνοδό εμπύρετο με ρίγος και λευκοκυττάρωση στην γενική αίματος. Μετά από CT απεικόνιση διαπιστώθηκε λίθος 1 εκ. σύστοιχης πυελο-ουρητηρικής συμβολής 540 HU, διάταση του αποχετευτικού συστήματος κεντρικότερα της απόφραξης και νεφρική απεικόνιση συμβατή με πυελονεφρίτιδα. Ο λοιπός ουρητήρας ήταν φυσιολογικός. Ετέθη ουρητηρικό Double-J stent και χορηγήθηκε αντιβίωση και χυμόλυση. Μετά 10 εβδομάδες η ασθενής ήταν ελεύθερη λίθου > 3 χιλ και ως εκ τούτου αφαιρέθηκε το stent του ουρητήρα.

➢ **Αποτελέσματα I.** Λίγες ημέρες αργότερα η ασθενής επανήλθε με συμπτωματολογία κωλικού οπότε και σε νεα CT διαπιστώθηκε εκσεσημασμένη διάταση του ΠΚΣ και της αρχής του ουρητήρα με πάχυνση του τοιχώματος αυτού κατά το μέσο 1/3 με σκιαγραφική ενίσχυση. Διενεργήθηκε ανιούσα εύκαμπτη ουρητηροσκόπηση με ανάδειξη πολλαπλών πυκνών πολυποειδών και συμπαγών βλαβών, καθώς και άλλων εστιών με αραιές φυσαλίδες και υπεραιμία βλεννογόνου, ενίοτε εύθρυπτου αλλά χωρίς την τυπική εικόνα κακοήθειας.



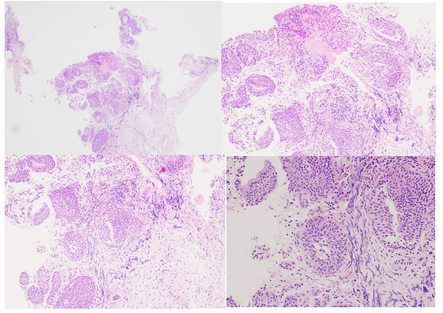
Ενδοσκοπική απεικόνιση βλαβών ύποπτων κακοήθειας. Η εικόνα είναι πιο συμβατή με συμπαγή ή πολυποειδή βλάβη η οποία ωστόσο δεν εμπόδισε την επιτυχή ενδοσκόπηση μέχρι το σύστοιχο πυελοκαλυκικό σύστημα ενώ διαπιστώνεται ευθρυπτότητα των ιστών και υπεραιμία. Απουσιάζουν οι τυπικές φυσαλιδώδεις βλάβες της ΚΟ.

➢ **Αποτελέσματα II.** Η ιστολογική εξέταση σε μικρά ιστοτεμάχια που ελήφθησαν με την λαβίδα βιοψίας εύκαμπτου κυστεοσκοπίου μίας χρήσης ανέδειξε υποψία μεταστατικού αδενοκαρκινώματος, πρωτίστως λόγω θετικής CAM5.2 ανοσοϊστοχημείας. Ωστόσο παρέμεινε ένας βαθμός διαγνωστικής αβεβαιότητας λόγω του πολύ μικρού μεγέθους των ιστοτεαμαχίων.



Αρχική (πρώτη) βιοψία.
Διήθηση στρώματος από διάσπαρτα κύτταρα χωρίς συνοχή με υπαινικτικούς επιθηλιοειδείς χαρακτήρες, ύποπτα για κακοκήθεια.

➢ **Αποτελέσματα III.** Ελήφθησαν κυτταρολογικές εξετάσεισμούρων που ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Επαναλήφθηκε η ενδοσκόπηση 2 μήνες μετά με νέες βιοψίες μεγαλύτερων και περισσότερων ιστοτεμαχίων που αφαιρέθηκαν με ίνα laser μέσω ημιάκαμπτου ουρητηροσκοπίου 6,5 F και τότε μόνο τεκμηριώθηκε η διάγνωση της ΚΟ. Κατόπιν, αφαιρέθηκε το D-J stent και η ασθενής ετέθη σε πρόγραμμα παρακολούθησης νεφρικής λειτουργίας.

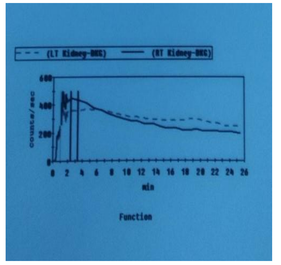


Δεύτερο βιοπτικό υλικό σε αυξανόμενα επίπεδα μεγέθυνσης.
Φλεγμονώδες διήθημα με κατανομή πέριξ φωλεών Von Brunn, αντιδραστικού τύπου. Εικόνα συμβατή κυστικής ουρητηρίτιδας.

➢ **Αποτελέσματα IV.** Ο χρόνος αποδρομής της νόσου είναι παρατεταμένος. Στον ένα χρόνο από την εκδήλωση της νόσου παραμένει διάταση της πυέλου και ήπια καλυκική διάταση ενώ στο δυναμικό σπινθηρογράφημα μετά από φουροσεμίδη ο χρόνος απομάκρυνσης του ραδιοφαρμάκου είναι σχεδόν ταυτόχρονος και για τους δύο νεφρούς. Αν και η αιτιολογία της ΚΟ είναι εν πολλοίς άγνωστη πιθανώς να σχετίζεται με την λιθιασική νόσο, την ουρολοίμωξη και την παρουσία ξένου σώματος όπως το stent πολυουρεθάνης που αρχικά χρησιμοποιήθηκε.



Υπερηχογραφική απεικόνιση πάσχουσας νεφρικής μονάδας. Διατηρείται μέτρια διάταση του ΠΚΣ με ικανό πάχος λειτουργικού παρεγχύματος.



Σπινθηρογράφημα DTPA μετά φουροσεμίδης όπου διαπιστώνεται μικρή καθυστέρηση αποβολής ραδιοφαρμάκου από την πάσχουσα νεφρική μονάδα και σχεδόν ταυτόχρονη ολοκλήρωση της απέκκρισης (η διακεκομμένη γραμμή αντιστοιχεί στο πάσχοντα ουρητήρα).

✓ **Συμπεράσματα.** Οι γνώσεις σχετικά με την ΚΟ είναι λίγες και σποραδικές. Η πάθηση, αν και καλοήθης, μπορεί να διαγνωσθεί λανθασμένα ως κακοήθεια. Η προσεκτική ιστολογική εξέταση αντιπροσωπευτικών δειγμάτων της βλάβης συμβάλλει στην οριστική διάγνωση. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία αλλά στην αντιμετώπισή της παίζει ρόλο η απομάκρυνση ξένων σωμάτων και η αντιμετώπιση της φλεγμονής, η δε αποκατάσταση της υδρονέφρωσης μπορεί να καθυστερήσει αρκετά.