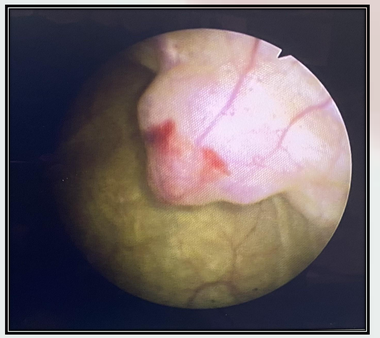
Σπάνιο περιστατικό παραγαγγλιώματος ουροδόχου κύστης και η διαχείρισή του.

Α. Μ. Κονόμη[1], Α. Ζαρκάδας[1], Δ. Μπόζιος[1], Α. Καρμόγιαννης[1] Δ. Κοζυράκης[1], Γ. Γαλανόπουλος[2], Β. Κωνσταντινόπουλος[1] Γ. Χαρώνης[1], Γ. Καλλίνικας[1], Δ. Μυτιλινιού[1], Κ.Σαφιολέας[1], Α Φίλιος[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

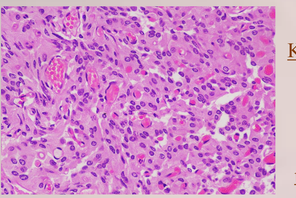
Εισαγωγή: Το παραγαγγλίωμα στην ουροδόχο κύστη είναι εξαιρετικά σπάνια νεοπλασία αποτελώντας το 0,06% όλων των όγκων του οργάνου. Είναι συνήθως καλοήθεις, προερχόμενοι από χρωμαφινικά κύτταρα και αν εκκρίνουν κατεχολαμίνες μπορεί να συνοδεύονται από υπέρταση, πονοκέφαλο, αιματουρία και αίσθημα παλμών. Η πλήρης χειρουργική αφαίρεση του όγκου μέσω διουρηθρικής εκτομής (TURBT) ή μερικής κυστεκτομής μπορεί να είναι θεραπευτική. Αναφέρουμε σπάνια περίπτωση μη λειτουργικού παραγαγγλιώματος ουροδόχου κύστης.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 73 ετών με ελεύθερο ιστορικό, στα πλαίσια απεικόνισης του ουροποιητικού με υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε ως τυχαίο εύρημα βλάβη ουροδόχου κύστης. Διενεργήθηκε εύκαμπτη κυστεοουρηθροσκόπηση οπότε και επιβεβαιώθηκε η παρουσία μονήρους νεοπλασίας 2εκ συμπαγούς μορφολογίας στο πρόσθιο τοίχωμα και ελαφρώς αριστερά, πλησίον του θόλου.

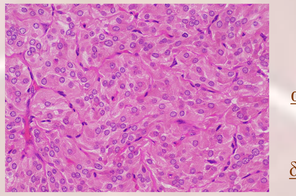


Συμπαγές μόρφωμα προσθίου τοιχώματος ουροδόχου κύστης μεγίστης διαμέτρου περί των 2 εκ. κατά τη διενέργεια εύκαμπτης κυστεοουρηθροσκόπησης. Παρατηρείται η απουσία ανθοκραμβοειδών μορφολογικών χαρακτηριστικών του ουροθηλιακού νεοπλάσματος, ενώ διαγράφεται και ο σχηματισμός νεόπλαστων αγγείων

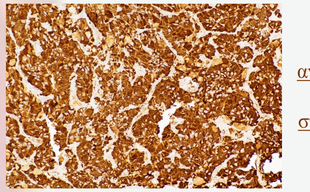
Αποτελέσματα: Ο ασθενής υπεβλήθηκε σε TUR-BT. Η αφαίρεση του όγκου σε ένα τεμάχιο ήταν αδύνατη λόγω ευθρυπτότητας της βλάβης. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ευρήματα συμβατά με μυοδιηθητικό παραγαγγλίωμα ουροδόχου κύστης (Τ2). Η απουσία συμπτωματολογίας από ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος και αγγειοκινητικών διαταραχών (υπέρταση, ταχυ- ή βράδυ-αρρυθμίας, αίσθημα έξαψης στο πρόσωπο, ζάλης κλπ), τόσο περιεγχειρητικά όσο και από το ιστορικό, συνάδουν υπέρ του μη λειτουργικού παραγαγγλιώματος.



Κυτταρικός πληθυσμός νευροενδοκρινικής μορφολογίας με ηωσινόφιλο κυτταρόπλασμα και κοκκιώδη χρωματίνη.

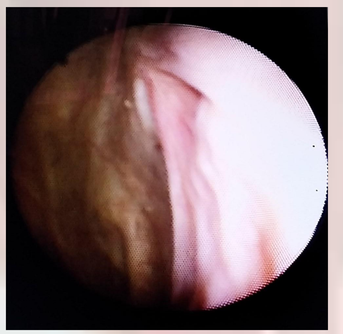


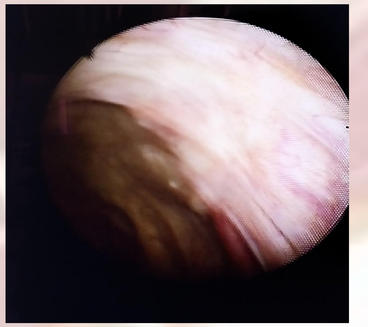
Φωλεώδες – zellballen αρχιτεκτονικό πρότυπο με αγγειοινώδη διαφραγμάτια.



Θετική ανοσοϊστοχημική έκφραση συναπτοφυσίνης.

Ακολούθησε σταδιοποίηση με CT ουρογραφία, χωρίς ανάδειξη εξωκυστικής ανάπτυξης ή μεταστατικών εστιών. Με βάση την ιστολογική και τον απεικονιστικό έλεγχο αποφασίστηκε, παρά τα ευνοϊκά στοιχεία της νόσου (χαμηλό δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού), ότι η διουρηθρική αφαίρεση καθιστά αμφίβολη την ριζική εξαίρεση της μυοδιηθητικής βλάβης. Μετά την σχετική ενημέρωση του ασθενή, αποφασίστηκε και διενεργήθηκε συμπληρωματική μερική κυστεκτομή για τον καλύτερο έλεγχο της νόσου και την ακριβέστερη σταδιοποίηση. Η διεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και η ιστολογική εξέταση απέβη αρνητική για υπολειμματική νόσου. Δεν χορηγήθηκε επικουρική θεραπεία και ο ασθενής ετέθη σε πρωτόκολλο παρακολούθησης με τακτικές κυστεοσκοπήσεις. 10 μήνες μετά την επέμβαση είναι ελεύθερος νόσου.





Εικόνες μετεγχειρητικού αποτελέσματος: Σε εύκαμπτη κυστεοσκόπηση 10 μήνες μετά την μερική κυστεκτομή παρστηρείται μετεγχειρητική ουλή χωρίς εικόνα υποτροπής. Η λειτουργικότητα της κύστης ως προς τις λειτουργίες αποθήκευσης και κένωσης είναι πολύ καλή.

Συμπεράσματα: Η ακριβής διάγνωση του παραγαγγλιώματος της ουροδόχου κύστης είναι απαραίτητη, καθώς οι θεραπευτικές επιλογές διαφέρουν από αυτές του ουροθηλιακού καρκίνου. Παρά τη σπανιότητα τους, η ανάγκη για καθιέρωση μιας τυποποιημένης χειρουργικής προσέγγισης παραμένει. Περαιτέρω έρευνα, είναι απαραίτητη την καλύτερη κατανόησή αυτού του σπάνιου όγκου με στόχο τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών.