
Tumoriformní endometrióza močového měchýře v pokročilém těhotenství

Zavadil M., Feyreisl J., Krofta L., Jarolím L.

Centrum pro trofoblastickou nemoc v ČR,
Ústav pro péči o matku a dítě, 3. LF UK, Praha

Souhrn

Prezentace tumoriformní endometriózy močového měchýře ve II. trimestru gravidity imitující nádor měchýře u 25leté primigravidy úspěšně vyléčené parciální cystektomií umožňující donošení těhotenství se spontánním porodem a po 5 měsících další těhotenství a spontánní porod.

Klíčová slova: endometrióza močového měchýře – těhotenství – parciální cystektomie – porod

Summary

Tumoriform Endometriosis of the Urinary Bladder in Advanced Pregnancy

A case of tumoriform endometriosis of urinary bladder imitating a tumor of the bladder during the first pregnancy of a 25-year-old patient was successfully treated by partial cystectomy allowing continuation of the pregnancy, a normal term delivery and after 5 months a second pregnancy with term delivery.

Key words: endometriosis – urinary bladder – pregnancy – partial cystectomy – labour

Čes.-slov. Patol., 42, 2006, No. 2, p. 91–94

Endometrióza uropoetického systému se vyskytuje u žen ve fertlím věku ve všech lokalizacích a stupních s četostí mezi 1–2 %. Nejčastěji bývá postižen močový měchýř (90%). Hluboké, infiltrující formy endometriózy močového měchýře (EMM) tvoří jen zlomek procenta. Dobře dokumentovaných EMM bylo publikováno kolem 200 případů (2). Tumoriformní EMM zachycenou a úspěšně léčenou ve II. trimestru těhotenství jsme dosud nezaznamenali a na naši klinice jsme ji zachytili poprvé. Proto podáváme toto sdělení.

Prezentovaný případ a metodika

25letá žena byla přijata na kliniku v 12.+3. týdnu těhotenství pro podezření na tumor močového měchýře eventuálně dělohy. Oba prarodiče zemřeli na maligní tumory (kůže a GIT). Pacientka sama je léčena od 22 let pro sclerosis multiplex a před 3 lety byla u ní laparoskopicky diagnostikována endometrióza. Menarche od 14 let, cyklus pravidelný (28/5). Nemocná výrazně zdůrazňuje touhu po dítěti a přeje si stávající těhotenství donosit. Gynekologicky je děloha zvětšena do velikosti 3.–4. měsíce a palpačně nelze

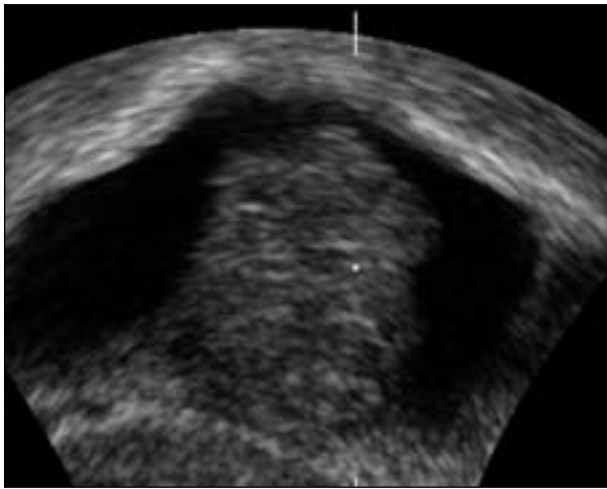
spolehlivě rozhodnout, zda nádor vychází z močového měchýře nebo z dělohy.

Byla provedena ultrazvuková vyšetření s následujícími závěry:

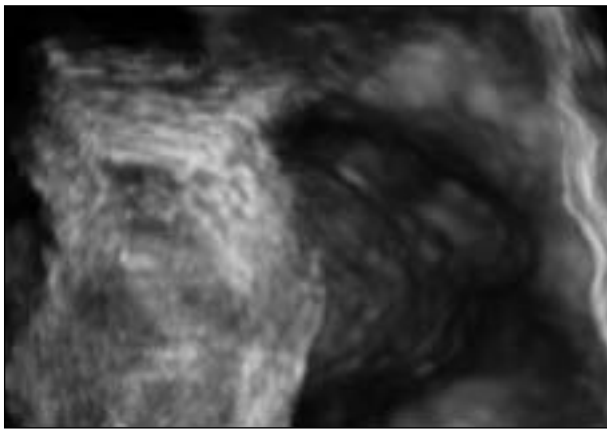
- Nález v dutině děložní: plodové vejce nespektního tvaru. Chorion frondosum v oblasti přední stěny děložní. Ukončená chorioamniální disociace. Struktura žloutkového váčku již není patrná v důsledku ukončení chorioamniální disociace. Akce srdeční: HR 146/min (norma). Šíjové ztlustění NT 1, 4 mm (norma). Biometrie: temenokostrční vzdálenost: CRL 59, 5 mm(12+3).
- Nález v močovém měchýři: sonografické vyšetření provedeno s využitím spontánní náplně močového měchýře. Do lumen prominuje z oblasti báze měchýře kulovitý útvar 30x42x35 mm, nerovného povrchu, s výraznou vaskularizací nízkoodporovými cévami. Obr. 1 demonstuje UZ nález tumoru exofyticky rostoucího do lumen měchýře, s nerovným povrchem. Obr. 2 demonstuje 3D rekonstrukci popisovaného útvaru. Obr. 3 demonstuje rekonstrukci s využitím doplerského mapování, znázorňující významnou cévní vaskularizaci. Na základě UZ vyšetření pacientka odeslána na konziliární urologické vyšetření. Provedena cystoskopie + výplachová cytologie se závěrem:

cystoskopicky suspektní tumor měchýře, výplachová cytologie však neprokazuje susp. buňky. Předoperační vyšetření jsou v normě.

Třetí den od přijetí byla provedena laparotomie z Phannenstielovy incize. Přední cystotomií zjištěn solidní, oválný tumor zadní stěny močového měchýře (6x5 cm), jehož báze je vzdálená 3 cm od obou ústí močovodů. Tumor je dorzálně spojen s těhotnou dělohou. Po otevření peritonea se daří odloučit tumor od dělohy. Resekce tumoru je možná ve zdravé tkáni. Následuje uzávěr zadní stěny močového měchýře ve dvou vrstvách – detruzoru a sliznice a stejně i přední cystotomie. Zaveden Redonův drén do peritoneální dutiny a měchýřová cévka. Tumor odeslán na histologii.



Obr. 1. UZ nález tumoru prominujícího do lumen močového měchýře při vyšetření abdominální sondou. Jedná se o náhodný nález při skrínigovém vyšetření v I. trimestru gestace. Útvar je nerovného povrchu s nepřesnou hranicí ke stěně měchýře



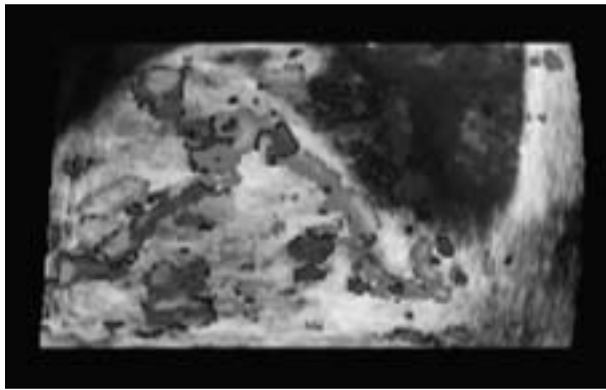
Obr. 2. 3D rekonstrukce tumoru močového měchýře. Je patrný nerovný povrch útvaru. Počítačové zpracování a následná animace umožní přehledně zobrazit celý útvar

Výsledky

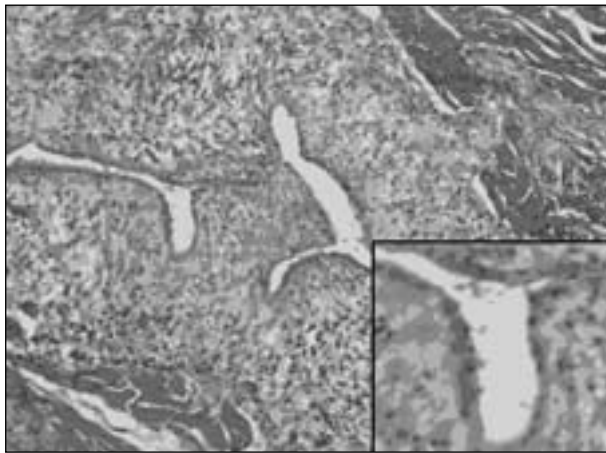
Exstirpovaný ovoidní tumor (61x44x52 mm) makroskopicky charakteru leiomyomu je tvořen mírně hyperplastickou hladkou svalovinou močového měchýře, masivně prostoupenou solidními ložisky sestávajícími z větších objemných buněk s amfophilním až světlým plazmatem, dobře viditelnou buněčnou membránou zčásti s výraznými mezibuněčnými štěrbinami. Jádra jsou uniformní, pravidelná, střední velikosti s malými nukleoly. Místy je přítomen intercelulární edém. Na četných místech jsou přítomny různě veliké štěrbinovité, nepravidelné až mikrocystické prostory vystlané silně oploštělou výstelkou a jen místy nízce cylindrickou, s bazofilním plazmatem a malými kulatými tmavými jádry. V rozsáhlých úsecích ji nelze diferencovat. Ložiska dosahují až několikamilimetrového průměru a roztlačují snopce svalových vláken. Prostupují v celém rozsahu exstirpovaný tumor a pronikají téměř až k jeho okrajům (obr. 4). Přes svou neobvyklou velikost odpovídají svou strukturou enormně sekrečně změněnému endometrálnímu stromatu s pokročilou decidualizací. Štěrbínovité, nepravidelné až mikrocystické prostory představují endometroidní žlásky s těžkými regresivními změnami epitelu. Sekreční transformace mesenchymové složky je vysvětlitelná hormonální stimulací při současném těhotenství. Regrese epiteliální složky při této stimulaci je zdánlivě paradoxní. Lze ji však vysvětlit na základě analogických změn, které vznikají při terapeutické aplikaci gestagenů popsané Zavadilem (6) jako stromoglandulární disociace u dysfunkčních iregulárních endometrií se stromatem v sekreci a žlázkami v regresi. Histologický nález proto uzavřen jako endometrióza močového měchýře tumoriformního charakteru. Tento závěr jsme učinili zhodnocením peroperačních histologických preparátů barvených hematoxylinem eosinem. Dodatečná imunohistologická vyšetření jej plně potvrdila.

Klinický, cystoskopický, ultrazvukový i peroperační charakter léze prezentující se jako nádor i zdánlivě infiltrativní růst endometroidních ložisek ve zmrazovacím preparátu připomínal maligní nádorový růst. Nicméně podrobné zhodnocení transformace stromatu i epiteliálních struktur umožnilo správnou bioptickou diagnózu endometriózy močového měchýře tumoriformního charakteru.

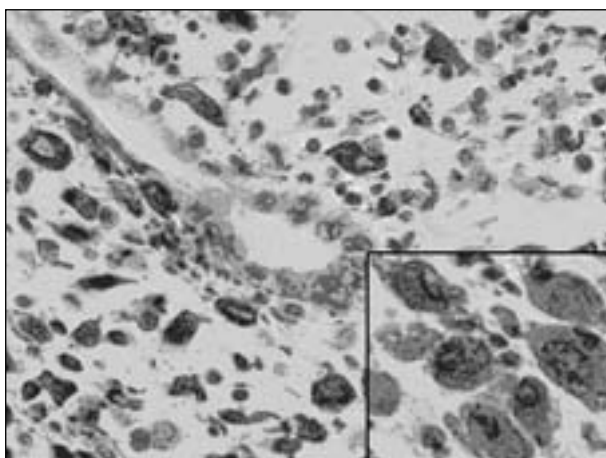
Pooperační průběh byl zkomplikován kolikovitými bolestmi v bederní krajině vlevo, které po spasmolytické medikaci ustupily. Transuretrální derivace ponechána 10 dnů. Přetrvávající urgence reagovaly na parasimpatikolytickou léčbu. Urokvltivace opakovaně negativní. Dále průběh nekomplikovaný. Vitální plod byl v poloze volné



Obr. 3. 3D rekonstrukce tumoru močového měchýře s využitím barevného dopplerovského mapování. Je patrný vysoký stupeň vaskularizace nízkoodporovými cévami



Obr. 4. Ložisko endometriózy roztláčující svalové snopce močového měchýře. Detail: Decidualizované, sekrečně změněné stroma s regresí epitelu endometroidních žlázek. (Barv. hem. eos.)

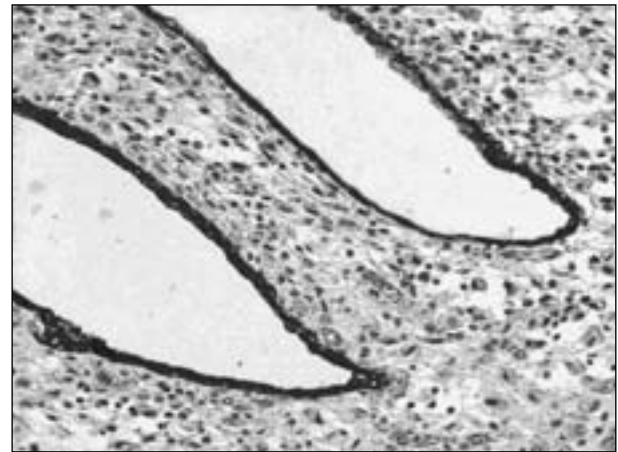


Obr. 5. Pozitivní vimetin v decidualizovaných buňkách stromatu a negativita žláznového epitelu. Detail buněk stromatu

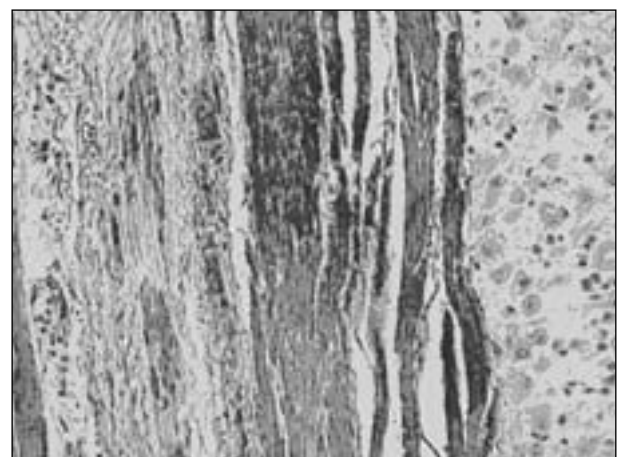
a vaginální nález byl klidový. Pacientka propuštěna po 3 týdnech. Pro pozitivní biochemický screening po 14 dnech (AFP-0, 72; E3-0, 76; HCG-0, 32 MoM) provedena amniocentéza (S-AFP-54, 0 IU/MI; AFP-plod. voda-4, 0 kIU/MI). Po zákroku bolesti v podbřišku, dráždivá děloha. Genetický UZ zcela v normě. Dále děloha klidná, nekrvácí, plodová voda neteče. Další kontrola ve 27. týdnu pro bolestivé kontrakce – konzervativní postup. Krev, biochemie, gynekologický nález v normě.

Ve 37.+4. týdnu přichází pro pravidelné kontrakce á 2 minuty k porodu. Následuje spontánní porod. Chlapec 2520 gr., 46 cm, hraničně zralý, eutrofický s dobrou adaptací. Šestinedělí fyziologické.

Za necelých 5 měsíců po porodu přichází na vyšetření pro menses postponentes a při dalším vyšetření zjištěna druhá gravidita hbd 10+2. Při pravidelných kontrolách fyziologický průběh těhotenství.



Obr. 6. Pozitivita EMA ve žláznovém epitelu a negativita stromálních buněk



Obr. 7. Pozitivní aktin ve svalovině močového měchýře a jeho negativita v buňkách stromatu endometriózy

Druhý spontánní porod v 35.+ 6. týdnu. Chlapec 2260 gr., 46 cm, středně zralý, eutrofický s dobrou poporodní adaptací. Šestinedělí fyziologické. Dále kontrolovaná, dosud 10 měsíců s fyziologickými nálezy.

DISKUSE

Endometrióza močového měchýře je ve své hluboké infiltrativní formě velmi vzácná. Chapron et al. (3) ve své sestavě 1850 operací pro endometriózu ji zaznamenali v 0,6 %. Donnez et al. (2) v souboru 9200 operací dokonce jen v 0,2 %. Malignizace EMM je extrémně vzácná. V recentní literatuře ji uvádí Vara et al. (5) v roce 1990, Al-Izzi (1) v roce 1989 a Nezhat et al. (4) v roce 2002. Klinická urogenitální symptomatologie zahrnuje miktalgiu, hematurii, urospasmus, polyurii, inkontinenci, hlubokou pánevní bolest, dyspareunii a dysmenoreu. Tyto potíže bývají zdánlivě paradoxně menší u infiltrativních forem, zatímco u povrchných, peritoneálních EMM jsou větší. Asi ve 33 % je ale EMM klinicky asymptomatická.

Cystoskopicky se EMM může prezentovat jako edematózní, namodralé, submukózní léze, či noduly, a to solitární, mnohotné nebo jako vyklenující se endoluminální masa, většinou ve střední čáře na zadní stěně močového měchýře nebo fundu. Jejich přítomnost se uvádí až ve 100 % (2, 3).

Diferenciálně diagnosticky přichází v úvahu karcinom, varixy, papilomy ev. angiomy. Rozhodující je ovšem histologická diagnóza, peroperační nález a nezanedbatelná není ani touha nemocné po dítěti. To určuje typ léčby a rozsah operačního výkonu. U naší nemocné gynekologické vyšetření a ultrazvukový nález svědčily pro primární tumor měchýře, nicméně nebylo zcela

možno vyloučit ani primární tumor dělohy s propagací do močového měchýře, při pozitivní cystoskopii. Ani peroperační nález zpočátku nebyl jednoznačný. Rozsah a lokalizace tumoru v bezpečné vzdálenosti od obou ureterů a možnost jeho odpreparování od dělohy s přítomností vitálního plodu a výslovné přání nemocné donosit těhotenství vedly k provedení pouze parciální cystektomie v souladu s histologickou diagnózou tumoriformní EMM.

Další průběh fyziologicky ukončeného těhotenství stejně jako spontánní druhý porod v následujícím roce nepochybně potvrdily správnost peroperačního rozhodnutí.

LITERATURA

1. Al-Izzi, M.S., Horton, L.W., Kelleher, J., Fawcett, D.: Malignant transformation in endometriosis of the urinary bladder. *Histopathology*, 14, 2, 1989, s. 191–198. – 2. Donnez, J., Spada, F., Squifflet, J., Nisolle, M.: Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertility and Sterility*, 74, 6, 2000, s. 1175–1181. – 3. Chapron, Ch., Boucher, E., Fauconnier, A., et al.: Anatomopathological lesions of bladder endometriosis are heterogeneous. *Fertility and Sterility*, 78, 4, 2002, s. 740–742. – 4. Nezhat, C.H., Malik, S., Osias, J., et al.: Laparoscopic management of 15 patients with infiltrating endometriosis of the bladder and a case of primary intravesical endometrioid adenocarcinoma. *Fertility and Sterility*, 78, 4, 2002, s. 872–875. – 5. Vara, A.R., Ruzies, E.P., Moussabeck, O., Martin, D.C.: Endometrioid adenocarcinoma of the bladder arising from endometriosis. *J. Urol.*, 143, 1990, s. 813–815. – 6. Zavadil, M.: Morfologie dysfunkčního endometria. *Sborník lékařský*, 75, 2, 1973, s. 33–54.

Doc. MUDr. Miloš Zavadil, DrSc.

*Centrum pro trofoblastickou nemoc / CTN / v ČR
Ústav pro péči o matku a dítě / ÚPMD /
Podolské nábřeží 157
147 00 Praha 4 Podolí
E-mail: zavadilctn@upmd.cz*

Oprava

V předminulém čísle časopisu (*Čes.-slov. Patol.* 41, 4, 2005) nebyla na straně 170 omylem uvedena jména autorů případu Jaká je vaše diagnóza? Extradurální mozgový meningeóm s rabdoidními črtami, grade II.–III.

Správně mělo být uvedeno:
Koreň, J., Kapusta, D., Chrenko, R.
Banská Bystrica

MUDr. Ján Koreň
Oddelenie patológie
FNsP F. D. Roosevelta
Nám. gen. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica
Slovenská republika

Redakce se za toto nemilé nedopatření autorům omlouvá..