Cistita glandulo-chistică – Caz clinic

B. Braticevici, R. Petca, C. Calin, V. Jinga
Clinica de urologie, Spitalul Clinic „Prof. Dr. Th. Burghele", Bucureşti

Abstract

Introduction: The glandular-cystic cystitis is a benign entity which has clinical manifestations similar with malign bladder tumors.; the difference between these entities is only an anatomo-pathological.
Material and method: A 50 years old man came to our clinic with an historic of macroscopic hematuria episodes. He was investigated clinically; bioumoral, sonographic, urographic, and cystoscopic and we found a tumor with a solid aspect on the bladder's trigon, which we resected endoscopically and we took biopsy from the bladder's neck.
Results: The anatomo-pathological result relieved glandular-cystic cystitis.
Conclusions: Glandular-cystic cystitis is a rare benign entity caused by the bladder's sub- mucosal metaplasia. The clinically aspect is similar with the one of infiltrative bladder tumors. The final diagnostic is made through cystoscopy with biopsy and anatomic-pathological analysis of the certain piece.

Key words: Glandular-cystic cystitis, benign bladder tumour

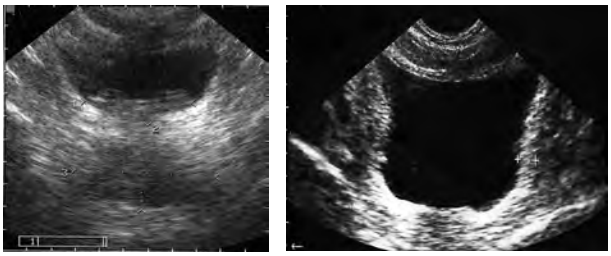
Corespondență: Dr. Răzvan Petca
Clinica de urologie, Spitalul Clinic „Prof. Dr. Th. Burghele", Bucureşti
Şos. Panduri nr. 20, sector 5, Bucureşti
Tel: 021-4106910; Fax: 021-4111055
Email: drpetca@gmail.com

Introducere

Cistita glandulo-chistică este o entitate benignă ce are ca manifestări clinice, semne şi simptome comune cu tumorile vezicale maligne. Este reprezentată de o inflamaţie cronică a laminei propria cu proliferarea epiteliului şi invaginarea cu formare de chiste, ceea ce duce la dezvoltarea unor leziuni macroscopice ce sugerează transformarea neoplazică. În literatură au fost comunicate puţine cazuri, etiopatogenia fiind neclară şi neexistând un protocol terapeutic standardizat.

Material şi metodă

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 50 de ani care a fost internat în clinica noastră cu istoric de episoade de hematurie macroscopică intermitentă, disurie şi polakiurie în evoluţie de aproximativ doi ani. La internare examenul clinic a decelat lipomatoză subcutanată difuză. Probele bioumorale au fost în limite normale. Examenul ecografic a evidenţiat vezică urinară asimetrică cu diametrul longitudinal mult alungit dând aspect de diverticul; trigonul vezicii urinare ecografic cu o imagine neomogenă, protruzivă (hipertrofie, polip); prostata de dimensiuni şi aspect normale. Urocultura negativă.



Preoperator *Postoperator*

Fig.1 Aspect ecografic

Examenul urografic a arătat căi urinare superioare în limite normale, vezica urinara ridicată cu multiple lacune, în comunicare largă cu o imagine pseudodiverticulară cranială de aproximativ 10/5 cm.

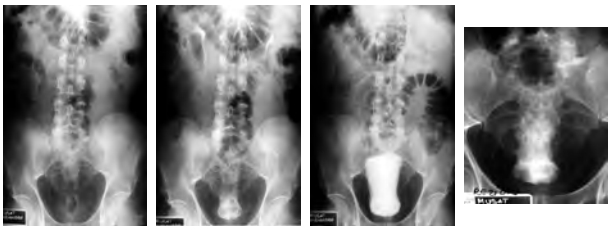


Fig. 2 Aspect urografic preoperator

După o pregătire preoperatorie adecvată, s-a intervenit chirurgical sub rahianestezie şi s-a practicat uretrocistoscopia. Uretra a fost permeabilă, fără obstacol. Colul vezical congestionat cu multiple formaţiuni filare de 2-3 milimetri lungime. Trigonul vezical modificat pseudotumoral cu mucoasă congestionată. Vezica urinară marită de volum cu capacitate de 800 cc. Orificiu diverticular de 1,5cm pe peretele postero-lateral drept. Diverticul cu capacitate de 5 cc. Se practică rezecţia formaţiunii tumorale de la nivelul trigonului vezical şi biopsii multiple de la nivelul colului vezical. Electrohemostaza zonelor rezecate şi a mucoasei diverticulului. S-a practicat drenaj uretrovezical cu sonda uretrovezicală Foley pentru trei zile postoperator. Evoluţia postoperatorie a fost favorabilă. La patru zile postoperator pacientul este externat cu micţiuni spontane, facile.

Rezultate

Fragmentele bioptice analizate au evidenţiat leziuni întinse de cistită floridă glandulo-chistică cu uroteliu focal cu displazie moderată şi zone de metaplazie intestinală. Aceasta ne-a explicat aspectul macroscopic deosebit al formaţiunii tumorale. La controlul clinic efectuat la trei luni pacientul relatează o ameliorare semnificativă a simptomatologiei, iar la examenul ecografic nu se evidenţiază recidive.

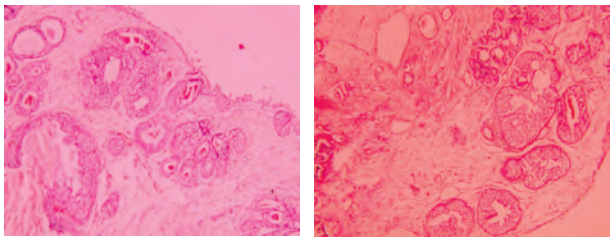


Fig. 3 Aspect microscopie optică (HE 40x)

Discuţii

Cistita glandulo-chistică este o entitate rară, benignă, cauzată de metaplazia submucoasei vezicale. În etiologie par a fi implicaţi factori iritativi cronici la nivelul mucoasei vezicale, care dacă sunt descoperiţi trebuie îndepărtaţi pentru a se obţine vindecarea.[1][2][3] Majoritatea autorilor consideră că este o leziune premalignă cu o corelaţie histologică precoce cu tipuri mai puţin comune de neoplasme vezicale.[5] [9] Asocierea cistitei glandulo-chistice cu lipomatoza pelvină a fost descrisă şi în alte lucrări.[7] Manifestările clinice, aspectul ecografic şi endoscopic sunt similare tumorilor vezicale infiltrative. Diagnosticul de certitudine este dat de analiza anatomopatologică a piesei de rezecţie

obținută prin rezecție endoscopică. [4]

Atitudinea terapeutică a constat în rezecția transuretrală a formațiunii tumorale şi biopsii multiple la nivelul colului vezical. Am optat pentru urmărirea postoperatorie a pacientului prin examen clinic şi ecografic la trei luni şi examen cistoscopic la şase luni. În ceea ce priveşte riscul de progresie spre malignizare, există studii care au demonstrat o corelație între reactivitatea anticorpului mAbDas 1 cu adenocarcinomul mucinos columnar şi metaplazia glandulară.[8] În literatura de specialitate atitudinea terapeutică variază de la simpla biopsie vezicală, cu sau fără instilație cu BCG, până la cistectomie radicală.

Concluzii

Cistita glandulo-chistică este un process inflamator benign al mucoasei vezicale cel mai frecvent localizat la nivelul trigonului. Acest edem mucos produce o masă intravezicală care poate fi vizualizată ecografic, simulând tumorile vezicale. Diagnosticul definitiv este anatomo-patologic prin analizarea fragmentelor biopsice, recoltate în cadrul cistoscopiei. Cistita glandulo-chistică ar trebui adăugată la diagnosticul diferențial ecografic al formațiunilor tumorale intravezicale.

Bibliografie

1. Catalona W. *Urothelial tumors of the urinary tract.* In: Walsh PC. Campbell's urology, 6th ed. vol 2. Philadelphia: Saunders; 1992. p. 1094-158.
2. Erturk E, Erturk E, ScheinfeldJ, Davis RS. *Metaplastic cystitis complicated with Von Brunn nests, cystitis cystica and intestinal type of glandular metaplasia.* Urology. 1988;32:165-7.
3. El Moussaoui A, Dakir M, Sarf I, Aboutaieb R, Zamiati S, Benjelloun S: *Cystitis cystica glandularis. A study of 2 cases.* Ann Urol (Paris) 1997; 31(4): 195-198
4. Varo Solis C, Bachiller Burgos J, Baez JM: *Glandular cystic cystitis.* Actas Urol Esp 2000 Jul-Aug; 24(7): 594-598
5. Blake J. *Proliferative changes in bladder mucosa and carcinoma in situ.* Br J Urol. 1967; 39:181-5.
6. Samdal F, Brevik B, Halgunset J: *Cystitis cystic treated with the neodymium-YAG laser. Case report.* Scand J Urol Nephrol 1991; 25(2): 163-164
7. Resnick MI, and Kursh ED. *Extrinsic obstruction of the ureter.* In: Walsh PC, editor. Campbell's urology, 6th ed, vol 1. Philadelphia: Saunders; 1992. p. 533-70.
8. Murphy DP, Pantuck AJ, Amenta PS, Das KM, Cummings KB, Keeney GL, et al. *Female urethral adenocarcinoma: immunohistochemical evidence of more than 1 tissue of origin.* J Urol. 1999;161:1881-4.
9. Salm, R. *Neoplasia of the bladder and cystitis cystica.* Br J Urol. 1967;39:67-72.

Rezumat

Introducere: Cistita glandulo-chistică este o entitate benignă rară, ce are manifestări clinice comune cu tumorile vezicale maligne; diferențierea între aceste entități este numai anatomo-patologică.

Material şi metodă: Un bărbat în vârstă de 50 de ani a fost internat cu istoric de episoade de hematurie macroscopică şi polakidisurie. A fost investigat clinic, bioumoral, ecografic, urografic şi cistoscopic evidențiindu-se formațiune tumorală cu aspect solid la nivelul trigonului vezical care se rezecă endoscopic şi multiple biopsii din colul vezical.

Rezultate: Rezultatul anatomopatologic a evidențiat cistită glandulo-chistică.

Concluzii: Cistita glandulo-chistică este o entitate rară, benignă, cauzată de metaplazia submucoasei vezicale. Aspectul ecografic şi clinic endoscopic este similar cu cel al tumorilor vezicale infiltrative. Diagnosticul de certitudine este realizat prin cistoscopie cu biopsie cu analiza anatomopatologică a piesei respective.

Cuvinte cheie: cistită glandulo-chistică, tumori vezicale benigne