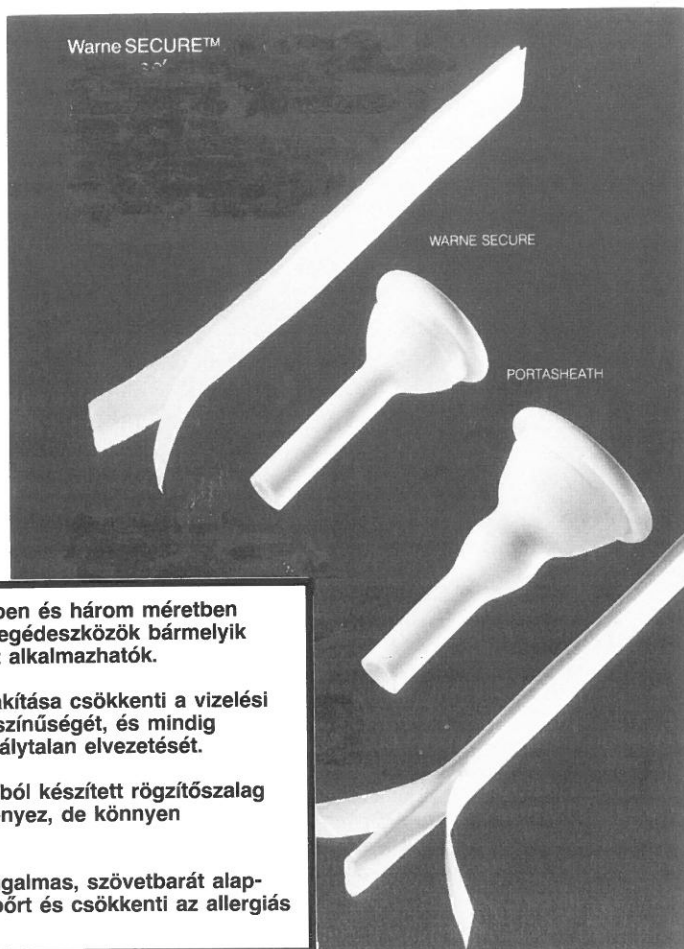


ÚJDONSÁG AZ OMKERTŐL

A húgycsőbe vezetett katéterek, ballonkatéterek és Foley-katéterek helyettesítésére szolgáló Warne SECURE és PORTASHEATH külső katéterek

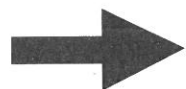


A két különböző kivitelben és három méretben kapható latex anyagú segédeszközök bármelyik vizeletgyűjtő zacskóhoz alkalmazhatók.

A katéter speciális kialakítása csökkenti a vizelési inger kiváltásának valószínűségét, és mindig biztosítja a vizelet akadálytalan elvezetését.

A különleges habanyagból készített rögzítőszalag biztos rögzítést eredményez, de könnyen eltávolítható.

A külső katéter lágy, rugalmas, szövetbarát alapanyaga nem irritálja a bőrt és csökkenti az allergiás reakció esélyét.



A Warne SECURE és PORTASHEATH külső katéterek megrendelhetők, megvásárolhatók az OMKER Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalatnál Budapest, VIII. Rezső u. 5-7. Telefon: 1125-882

Magyar Urológia III. évfolyam 4. szám 369. oldal

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika
(igazgató: Pintér József dr.)
Patológiai Intézet
(igazgató: Gomba Szabolcs dr.)*

Eosinophilejtes cystitis: egy ritka tumorszerű elváltozás

Nagy Attila dr., Soltész István dr., Korányi László dr.,
Mikó Tivadar dr.*

ÖSSZEFOGLALÁS: Az eosinophilejtes cystitis az allergiás cystitis ritka és súlyos formája, megjelenésében utánozhatja az interstitialis cystitist, húgyhólyag-tuberculosist és – mint a szerzők esetében is – ritkán tumorszerű formában jelentkezhet. 3 betegüknél a klinikai kép, dysuriás panaszok és vesetáji colica háttérében a húgyhólyag tumorszerű léziója állt, ennek transurethralis resectiója adta az eosinophil-sejtes gyulladás diagnózisát.

Kulcsszavak: eosinophilejtes cystitis, allergiás cystitis, eosinophil granuloma.

EOSINOPHYLIC CYSTITIS: A RARE TUMOR-LIKE LESION

SUMMARY: Eosinophilic cystitis is a rare and severe form of allergic cystitis that was first described in 1960. Eosinophilic inflammatory disease is known in other organs and is caused by various antigens that form immune complexes. Cystoscopic finding may include erythematous, raised plaques, edema, ulcerated lesions, and in our 3 cases rare tumor-like lesions.

Az eosinophilejtes gyulladással beszőrdösés általában allergiás gyulladás részjelensége. Műtétilag eltávolított szervekben mellékletként észlelhetjük, így appendixben, epehólyagban, az urogenitális szervek közül a prostatában vagy az uterusban. E lobos folyamatot különböző antigének okozhatják, melyek immunkomplex képződéshez vezetnek. Ritkán makroszkóposan, de radiomorfológiailag is primer tumort utánozó formában észlelhető, mint a tüdő vagy a gyomor eosinophil granulomája; az utóbbinak az elnevezése – lobos fibrosus polyp – is utal erre. Az eosinophil cystitis az allergiás cystitis ritka és súlyos formája, melyet Brown 1960-ban írt le (3), majd Breneman észlelte első tumorszerű formáját (2), a húgyhólyag eosinophil granulomájának nevezve.

Esetismertetés

I. eset: 67 éves férfi, anamnézisben diabetes, traumás eredetű nephrectomia szerepel. Ismételt urológiai kivizsgálására lázas állapot, pyuria és dysuriás panaszok miatt került sor. Infúziós urographián a soliter jobb vesében pangásos üregrendszer és üréter ábrázolódott, szabad lefolyás és ép kontúrú húgyhólyag mellett. Cystoscopiával a hólyag aszimmetrikus, bal oldalról benyomott. A nyálkahártya diffúze vérbő. Az alap és hátsó fal átmenetében bal oldalon 2 cm-es, a ligamentum interuretericum területében 1 cm-es,

a jobb szájadékat is magában foglaló, éles szélű, enyhén kiemelkedő, centrumában kissé kifeléyesedő, tumoryanús elváltozás látszott, melyeket transurethralis rezekció során távolítottuk el.

Szövetten: intenzíven lobos, számos eosinophil leukocytát is tartalmazó sarjszövetes szövetdarabok, de a vizsgált síkokban egyértelmű tumorszövet nem látható.

Eseménytelen posztoperatív kórlefolyás. A 3 hónap múlva végzett kontroll cystoscopos vizsgálat lényeges eltérést nem mutatott.

2. eset: A beteg heveny bal oldali colica és alvadékos makroszkópos haematuria miatt került felvételre. Intravénás urographián bal oldali veseüregrendszeri és uréterpangást okozó, a húgyhólyag bal felét kitöltő, azt asszimetriássá tevő árnyékkiesés ábrázolódt. Cystoscopiával e területben papilláris felszínű növedék látszott, melynek transurethralis rezekciója és Bressel szerinti hidegbiopsziás anyagvétel történt. Szövetteni vizsgálattal eosinophilsejtes urocystitis képe volt, malignus elváltozás nélkül. Kontroll ultrahangvizsgálatnál a korábbi veseüregrendszeri pangás nem volt észlelhető. Klinikai távozásakor még microhaematurias, későbbi kontroll vizsgálatnál a vizeletüledék is negatív volt, jó általános állapot és panaszmentesség mellett.

3. eset: 45 éves férfi, anamnézisében bal oldali pyelonephritis és spontán oxalát köürítés. Tisztázatlan eredetű pyuria miatt urológiai kivizsgálás történt. Cystoscopos vizsgálatnál a húgyhólyag hátsó falán elhelyezkedő, bolyhos felszínű terimét találtunk, tumoros folyamat gyanúja miatt transurethralis rezekciót végeztünk. Ennek szövettani eredménye: eosinophilsejtes urocystitis. Klinikai felvétele alatt irrigoscopiával diverticulosis coli is igazolódt. A posztoperatív szakban katétereltávolítás után spontán jól vizelt, majd váratlanul makroszkópos haematuria lépett fel. Intravesicalis ultrahangvizsgálatnál észleltük, hogy a hólyag vertexe körül feltehetően vastagbélrészletek helyezkednek el, szoros összefüggésben a hólyagfallal. Ismételt húgyhólyag-biopszia szövettani eredménye a korábbival azonos volt. A posztoperatív szakban vizelete feltisztult, majd exploratio céljából került sebészetre, ennek során a húgyhólyaggal összekapcsolódott vastagbél-diverticulosis igazolódt.

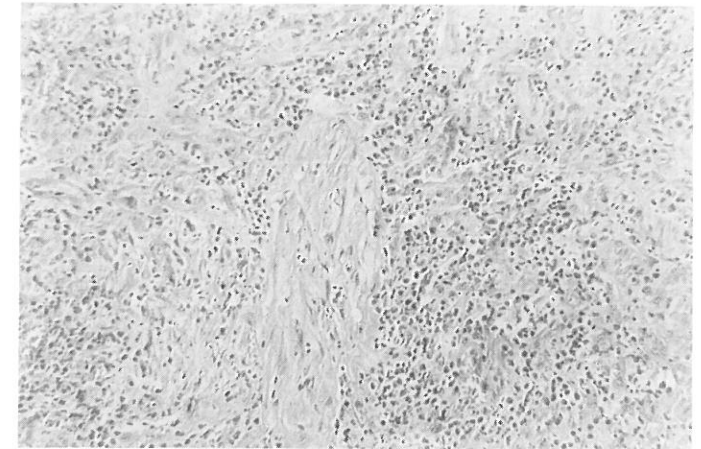
Megbeszélés

Az eosinophil sejtes cystitis etiológiája nem ismert. Az e típusú krónikus cystitisek hátterében az allergia szerepét általában felvetik (1,6), bár ezt mint eseteinkben is, nem mindig sikerül igazolni. Különböző baktériumok, gyógyszer, táplálék vagy idegen fehérje képezhet antigén stimulust (9), melyek diffúz léziókat okozhatnak a húgyhólyagban. A paraziták okozta hasonló reakció inkább gócos jellegű (11). Mások az IgE és IgA szintjének emelkedését is észlelték (7). *Litt* (8) észlelte először, hogy az eosinophilek lokális felszaporodása nem okoz szükségszerűen perifériás eosinophiliát.

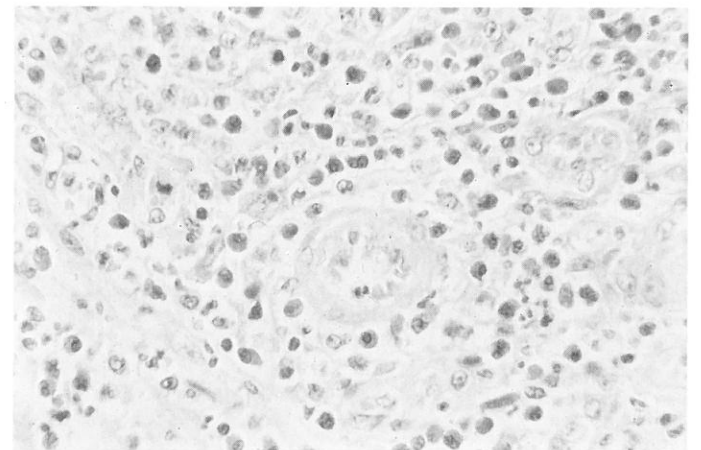


1. ábra. Megtartott nyálkahártya alatt dens lobsejtes beszűrődés (HE festés, 160 ×)

2. ábra. A húgyhólyagfal mélyebb rétegeiben az izomkötegek között tömeges eosinophil leukocytából álló infiltrátum (HE festés, 200 ×)



Erre példa a jelen 3 esetünk is, mindegyikben normál vérkép volt. A klinikai kép alapján az elváltozás az ún. fájdalmas hólyag, krónikus cystitis tünetegyütteshez sorolható, mely magába foglalja az interstitialis cystitist, krónikus nem specifikus cystitist és az eosinophil-sejtes cystitist (4). Ez utóbbi és a hasonló szöveti képű gastroenteritis együttes megjelenését is észlelték gyermekben (12). Előfordult veseallograft beültetése mellett is (5). Előrehaladott esetekben idült veseelégtelenséghez vezethet (6), sőt cystectomy és vizeletdeviáció is szükségessé válhat (13). A feltételezett antigén ismeretében a terápia az antigén eltávolítását jelentené, antihisztamin vagy steroid adásával együtt. Megkísérrelhető non-steroid gyulladásgátló adása is (10). 3 betegünk esetében az eosinophilsejtes cystitis ritka, tumorszerű megjelenését észleltük. Ez néha olyan méretű is lehet, hogy invazív daganatot utánozva tapintható méretűvé válik (15). A szövettani vizsgálat ezen esetekben is csak a kifejezett lobos infiltrátumot mutatta, bár – valószínűleg másodlagosan – a polypoid cystitis mellett a felszíni hámban in situ carcinoma kialakulását is leírták (14). A kezdeti tünetek közül kiemelendő, hogy a dysuriás panaszok mellett az elváltozás szövödménye, az uréterszájadék beszü-



3. ábra. Erősebb nagyítással az eosinophil sejtek, melyek kis ér szomszédságában vannak (400 ×)

külése, veseüregrendszeri pangás, ill. vesetáji colica volt a fő panasz. Bár eseteinkben egyértelmű allergént nem sikerült kimutatni, a transurethralis rezekció utáni recidivamentesség felveti lokális allergén lehetőségét, melynek e beavatkozással megtörténhetett az eliminálása. Szöveti vizsgálattal (1., 2. és 3. ábra) a jellegzetes kép mellett idegen anyag jelenléte nem volt kimutatható.

IRODALOM

1. Aramburu, L. et al.: Eosinophilic cystitis. Arch. Esp. Urol. 43, 72 (1990).
2. Breneman, J. C.: Allergic cystitis: the cause of nocturnal enuresis. GP. 20, 84 (1959).
3. Brown, E. W.: Eosinophilic granuloma of the bladder. J. Urol. 83, 665 (1960).
4. Holm-Bentzen, M.: Pathology and pathophysiology of painful bladder diseases. Urol. Int. 44, 327 (1989).
5. Horner, S. A. et al.: Eosinophilic cystitis in a renal allograft recipient. J. Urol. 144, 342 (1990).
6. Horowitz, J. et al.: Chronic renal failure due to eosinophilic cystitis. Ann. Allergy. 30, 502 (1972).
7. Kessler, W. O. et al.: Eosinophilic cystitis. Urology. 6, 499 (1975).
8. Litt, M.: Studies in experimental eosinophilia. J. Allergy. 33, 532 (1962).
9. Littleton, R. H. et al.: Eosinophilic cystitis: An uncommon form of cystitis. J. Urol. 127, 132 (1982).
10. Motzkin, D.: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of eosinophilic cystitis. J. Urol. 144, 1464 (1990).
11. Perlmutter, A. D. et al.: Toxocara antibodies in eosinophilic cystitis. J. Ped. 73, 340 (1986).
12. Peterson, N. E. et al.: Eosinophilic cystitis and coexistent eosinophilic gastroenteritis in an infant. Pediatr. Radiol. 19, 484 (1989).
13. Sidh, S. M. et al.: Eosinophilic cystitis: advanced diseases requiring surgical intervention. Urology. 15, 23 (1980).
14. Spitale, L. et al.: Eosinophilic polypoid cystitis with flat carcinoma in situ of the overlying epithelium. Arch. Esp. Urol. 42, 809 (1989).
15. Thijssen, A. et al.: Eosinophilic cystitis presenting as invasive bladder cancer. J. Urol. 144, 977 (1990).

Főv. István Kórház-Rendelőintézet, Urológiai Osztály
(főorvos: Csata Sándor dr.)

Retroperitoneális tályogról egy eset kapcsán

Weninger Tibor dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerző többrekeszes retroperitoneális tályagos beteg kórfolyamatát ismerteti, mely feltehetőleg egy korábban perforált, majd letapadt periappendiculáris abscessus talaján alakult ki. Röviden tárgyalja a kórisme felállításának nehézségeit, valamint a kezelés kérdéseit.

Kulcsszavak: retroperitoneális abscessus, phlegmonosus gyulladás, periappendiculáris tályog, perforáló appendicitis

A CASE OF RETROPERITONEAL ABSCESS

SUMMARY: After the general introduction the author presents the course of disease of a patient operated on multilocular retroperitoneal abscess that developed supposedly on the place of an earlier perforated, then adhered periappendicular abscess.

He shortly deals with the difficulties of the determination of the diagnose and the question of treatment.

A retroperitoneális tér gyulladással megbetegedései megjelenési formájukban lehetnek tovakúszó, phlegmonosus jellegűek, de beolvadhatnak tályoggá is. Mindkét kórkép súlyos, septicus állapottal jár, gyakran halált okozhat.

Általában a retroperitoneális tér közelében fekvő szervek gyulladással megbetegedéseinek áttörése következtében alakul ki, pl. periappendiculáris abscessus, gennyes peritonitis, pancreatitis abscedens, Douglas-tályog stb. esetében, ráterjedhetnek lymphogén úton, időnként pedig a vese paranephritis eredetű tályogjai okozzák. Lehet hasi tumor betörésének a következménye, ritkábban pedig trauma után jön létre (2, 6).

Esetismertetés

T. B. 50 éves férfi beteg belosztályi felvételére egy hete fennálló láz miatt került sor. Bentfekvésének harmadik napján jobb oldali deréktáji fájdalom jelentkezett, érzékenység, majd duzzanat alakult ki a costovertebralis szögletben, septicus láz kíséretében. Brulamycin-Mandokaf antibiotikum kombinációban részesült, láza nem szűnt meg, fizikális státusza nem javult.

A sorozatban készült ultrahang vizsgálat kezdetben eltérést nem mutatott, majd a beteg felvételét követő hetedik napon az ismételt hasi ultrahang vizsgálat során beolvadásra utaló jeleket észleltek a jobb oldali vese körül a retroperitoneumban.