

propagáció esetén kiterjesztett sebési reszekció válhat szükségessé (1. táblázat). Unilaterális veseérintettség esetén minél korábban elvégzendő nephrectomiát javasolnak (15).

Következtetések

Esetünket a kórkép ritkasága, az időben nem diagnosztizált és kezelt betegeknél kialakuló súlyos szövődmények miatt tartottuk közlésre érdemesnek. Véleményünk szerint a kezelésre nem reagáló pyuria, illetve haematuria esetén a random biopszia végzésének nagyobb szerepet kell kapnia a kivizsgálási algoritmusban, még a tumorra látszólag nem jellegzetes cisztoszkópos kép esetén is.

A patológusnak nagy a szerepe a helyes diagnózis felállításában, de a „tapasztalt és sokat látott” urológus a fent említett képkötő eljárások során még a későbbi stádiumokban is gyanút foghat, biopsziát vehet, aminek különösen a bizonytalan etiológiájú eseteknél van jelentősége.

Esetünkben a köves előzménnyel nem rendelkező betegnél a jobb oldali hydro-nephrosis oka akkor nem derült ki (1989), valamint a bal oldali uréterszájadék beszűkülésének eredete is rejtve maradt (1992). Valószínűsíthető, hogy az egyébként hosszú lefolyású betegség korábbi manifesztációival állunk szemben, és megfelelő kezeléssel a folyamat több ponton is megszakítható lett volna (1989-ben jobb oldali ureteronephrectomia, 1992-ben bal oldali szájadék reszekció + random hólyagbiopszia gyógyszeres kezeléssel kiegészítve).

A megfelelő gyógyszerválasztás és a hosszú tartamú kezelés a progresszió mértékétől függő, megfelelő időben végzett radikális sebészeti megoldás még e „potenciálisan malignus” betegség esetén is gyógyuláshoz vezethet.

Irodalom

1. John P, Long JR, Alex F. Althausen: Malacoplakia: A 25-year experience with a review of the literature. J Urol 1989; 141: 1328–31.
2. Robert D, Blute Jr. Case Records of the Massachusetts General Hospital-Case 31-2000. New England J Med 2000; 343: 1105–11.
3. Schaeffer AJ. Malacoplakia. Campbell's Urology 7th ed. 1998. p. 581–82.
4. Stanton MJ, Maxted W. Malacoplakia: A study of literature and current concepts of pathogenesis, diagnosis and treatment. J Urol 1981; 125: 139–146.
5. Shabtai M, et al. Malacoplakia in renal transplantation. Transplant-Proc 1989; 21: 3725–7.
6. Sujka S, Malin B, Asirwatham J. Prostatic malacoplakia associated with prostatic adenocarcinoma and multiple prostatic abscesses. Urology 1989; 34: 159–61.
7. Lew S, Siegal A, Aronheim M. Renal cell carcinoma with malacoplakia. Eur Urol 1988; 14: 426–8.
8. Sawamura T, et al. Malacoplakia of the bladder: Efficacy of Enoxacin Therapy. Int Urol and Nephrology 1996.
9. Alpern HD. Malacoplakia of the prostate. Int Urol and Nephrology 1991; 23: 257–59.
10. Dasgupta P, et al. Malacoplakia: von Hansemann's disease. BJU Int 1999; 84: 464–69.
11. Lambird PA, Yardley JH. Urinary tract malacoplakia: report of a fatal case with ultrastructural observations of Michaelis-Gutman bodies. John Hopkins Med J 1970; 126: 1.
12. Stanton MJ, et al. Malacoplakia of the bladder: A case report of resolution with Bethanechol, Trimetoprim-Sulfamethoxazol and ascorbic acid. J Urol 1983; 130: 1174–75.
13. Ho KL, et al. Bilateral renal malacoplakia. Urology 1979; 13: 321.
14. Maderazo EG, et al. Treatment of malacoplakia with Trimetoprim. Sulfamethoxazole. Urology 1979; 13: 70.
15. DeRidder PA, et al. Renal malacoplakia. J Urol 1977; 117: 428.

Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Urológiai Klinika,
Debrecen
(Igazgató: Tóth Csaba dr.)

Priapismus ritka szövődménye

Farkas Antal dr., Flaskó Tibor dr., Morshed Ali Salah dr.,
Szűcs Miklós dr., Tóth Csaba dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerzők 49 éves beteg esetét ismertetik, akinek a kezelésére ritka etiológiájú priapismusa miatt került sor. Kiváltó okként krónikus etilizmus és acenocumarolum terápia merült fel. A priapismus szövődményeként a pénisz disztális részének infekciója majd nekrozisa alakult ki. A szerzők az esetet az etiológia és a kezelés során fellépő szövődmény ritkasága miatt tartják közlésre érdemesnek.

A RARE COMPLICATION OF PRIAPISM

SUMMARY: Authors report a case presented with priapism of rare aetiology. Among causing factors alcohol abuse and acenocumarolum therapy are suspected. As a treatment complication penis necrosis occurred. Due to the rarity of the aetiology and complication the authors consider the case for presentation.

KEY WORDS: priapism, alcohol, acenocumarolum, penile necrosis

Jelen közleményben egy veno-okkluzív (low-flow, iszkémiás) priapismust ismertetünk, amelynek kezelése során kialakult súlyos szövődmény (fertőzés és pénisz nekrozis), a pénisz csonkolásához és gáti húgycsőnyílás készítéséhez vezetett. Megjegyezzük, hogy régebbi kiadású urológiai könyvek a kóros merevedést, tévesen a hímvessző primer gyulladásos megbetegedései között tárgyalják (1).

Esetismertetés

Az erősen dohányzó, alkoholistá, 49 éves férfi kórelőzményében krónikus bronchitis, rheumatoid arthritis, perinealis tályog megnyitása (öt éve), bokatörést követően kialakult alsó végtagi mélyvénás trombózis (1 éve), majd acenocumarolum terápia szerepel.

2003 júliusában dyspnoes, lázas állapotban került felvételre egy másik intézet pulmonológiai osztályára, ahol kétoldali tüdőgyulladást állapítottak meg, ugyanakkor multiplex tüdőmetasztázis gyanúja is felmerült. Itt észlelték a körülbelül 5-6 napja meglévő priapismusát is. Urológiai konzílium után a corpus cavernosumokból vérlebocsátás és dopaminos átöblítés történt, amely nem vezetett eredményre, ezért még aznap caverno-spongiosus söntöt készítettek (Winter szerint). Két nap múlva, a kóros merevedés ismételt jelentkezésekor a betegnek a vizelete is elakadt, ezért állandó katétert helyeztek be (reziduális vizelete: 600 ml volt) és további ellátás végett klinikánkra irányították. Felvételekor még mindig lázas, dyspnoes és rossz általános állapotú volt. A beteg tagadott korábbi intracavernosus terápiát, erekciót fo-



1. ábra: Váladékozó, gennyes nekrotizált glans penis



2. ábra: A barlangos és szivacsos testekben progrediáló infekció és nekrozis

kozó gyógyszerek szedését. Az elvégzett beavatkozásokról műtéti leírás nem állt rendelkezésünkre (alkalmazott punkciós tű, illetve trokár nagysága, a szűrés pontos helye). A kórosan merev pénisz szuffúziókkal tarkított, praeputiuma ödémás, vörös, rendkívül fájdalmas volt, a glans egy része pedig nekrotizált, érzéketlen volt. A praeputium alatt bűzös sárgás váladék gyűlt meg (1. ábra). Gyorsult süllyedést és leukocitózist észleltünk. Felvételekor a barlangos testekből vért bocsátottunk le, a pénisz középső harmadában végezve a punkciót, ahol a bőr már reakciómentes volt, majd intracavernosus adrenalin beadását követően erekciója megszűnt. Állandó katóterét is eltávolítottuk, amelyet már több mint 36 órája viselt, ezután reziduum nélkül vizelt. A gennyes gyulladásos folyamat a lokális és szisztémás kezelés ellenére gyorsan progrediált, demarkálódás jelei nélkül. A praeputium alatt meggyűlt genny a húgycsőből, a makk nekrotikus részei alól és, a corpus cavernosumok disztális végéből tört elő (2. ábra).

A beteg felvételét követő második napon, a nekrotizált húgycsövet és a corpus spongiosumot a bulbus urethraeig – ahol már makroszkóposan épek tűnt – kiirtottuk, perinealis urethrostomat létesítettünk, a corpus cavernosumok disztális nekrotikus harmadát eltávolítottuk (3. ábra). A bakteriológiai vizsgálat a purulens váladékból és a vizeletből is rezisztens enterobacter törzset mutatott ki.

A rendszeres napi sebtoalett (povidone-iodine, „sebfőző víz” azaz H_2O_2 , tripszin por) és nekrektómiák során a pénisz középső harmada is fokozatosan eltávolításra került (4. ábra).



3. ábra: A nekrotizált húgycső exstirpálása



4. ábra: Sorozatos nekrektómiákat követően az infekció megszűnt

A beteg láza néhány nap múlva megszűnt, általános állapota lényegesen javult, sebbe gyógyult, perinealis urethrostomáján keresztül jól, reziduummentesen vizelt.

Urológiai státuszának rendezését követően további ápolás végett a beteget a pulmonológiai klinikára helyeztük át, ahol az ismételt CT-vizsgálatok és bronchoszkópia, a multiplex tüdőmetasztázisok lehetőségét kizárták.

Megbeszélés

A priapismus kiváltó okai és élettana ma már jól ismertek. A közölt esetek közül viszonylag kevés marad tisztázatlan etiológiájú (2, 3). Betegünkben először paraneopláziás tünetként értékeltük a kóros merevedést, később az elvégzett radiomorfológiai és citológiai vizsgálatok kizárták a tüdődaganat lehetőségét (4). Ezután a priapismus kialakulásában az alkohol abúzus és a hosszas kumarin terápia maradtak, mint lehetséges kiváltó tényezők.

Kumarin terápiához társuló kóros merevedésről és pénisz nekrozisról a magyar irodalomban Nyárádi számol be (5). Esetének érdekessége többek között, hogy a merevedés nemcsak a corpus cavernosumokon, hanem a corpus spongiosumon is kitapintható volt, ami tricorporalis priapismusnak felel meg (6). Esetünkben a szivacsos test ernyedett volt és a nekrozis sem tartozott az úgynevezett „kumarin nekrozis”-ok csoportjába, mivel a beteg az acenocumarolumot több, mint egy éve szedte és a kialakult szövetelhalásért jelen esetben nem ez, hanem a gennyes infekció okolható. A priapismus az urológiai sürgősségi esetek közé tartozik. Az azonnali kezelés elke-

dése előtt a „low-flow” (iszkémiás, veno-okkluzív) és a „high-flow” (nem iszkémiás, artériás) típusú kóros merevedés differenciáldiagnózisa szükséges, tekintettel arra, hogy a két típus kezelése egymástól eltérő. Az anamnesztikus adatok és fizikális vizsgálat alapján ez legtöbbször eldönthető. Az artériás típust, amely ritkább és kevésbé fájdalmas, az esetek zömében valamilyen gáti, vagy peno-scrotalis trauma előzi meg (7). Mindkét esetben sikeresen alkalmazható az intracavernosus alkalmazott metilénkék (8, 9).

Amennyiben a priapismus kezelésében sebészeti beavatkozásra kerül sor, az aszepszis és antiszepszis szabályainak betartása kötelező, mint bármilyen más műtét esetében, a kialakuló infekció ugyanis kiterjedt szövetelhalást okozhat, és a szervcsonkítását eredményezheti. *Kelemen Zsolt és munkatársai* egy klinikai tanulmány keretén belül számolnak be többek között priapismushoz társult súlyos szövetelhalással járó esetekről, jól lehet a kiváltó okok között antikoaguláns terápia nem szerepelt (10).

A kezelés szövődményeként leggyakrabban a punkció helyén kialakult haematómával, vérzéssel, illetve lokális bőrgyulladással találkozhatunk.

Esetünkben a felülfertőzést, illetve annak progrediálását az elsődleges ellátás során a nem megfelelő körülményekkel végzett punkcióval, illetve a helytelenül alkalmazott hólyagkatéterrel magyarázzuk. A katéter okozta retrográd infekciónak tulajdonítjuk azt, hogy amíg a corpus cavernosumokban az infekció „csak” a disztális harmadot érintette, addig a szivacsos test egészen a bulbus urethraeig elhalt.

Esetünket egyrészt a folyamat etiológiájának ritkasága, másrészt a kezelés szövődményeként kialakult csaknem teljes corpus spongiosum és részleges corpus cavernosum elhaláshoz vezető infekció miatt tartjuk tanulságosnak és közlésre érdemesnek.

Célunk felhívni a figyelmet az aszepszis és antiszepszis szabályainak szigorú betartására, valamint a pénisz gyulladásos jellegű megbetegedéseiben – különösen a szivacsos test infekciója esetén – a hólyag katéterezésének helytelenségére és infekciót súlyosbító szerepére. Ilyen és hasonló esetekben epicystostoma készítése a választandó eljárás.

Irodalom

1. Balogh F. Urológia. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 1978. p. 182.
2. Portillo FJM, et al. Diagnostik und therapie der prolongierten erektion und des priapismus: gegenwartiger stand. Reproduktionsmedizin. 2000; 16 (3): 223–229.
3. Fehér G, Lukács T. Idiopathiás priapismus gyermekkorban. Orv Hetil 1991; 132 (49): 2737–39.
4. Greschner M, et al. High-flow priapism leading to the diagnosis of lung cancer. Urologia Internationalis 1998; 60: 126–27.
5. Nyárádi A, Horváth Zs, Kersák J, Kasza Gy. Syncumar-nekrózis a penisen. Urol Nephrol Szle 1986; 13 (2): 67–68.
6. Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. Campbell's Urology. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1998. 1172–73.
7. Rózsahegyí J, Kopa Zs, Major L, et al. „High-flow” priapismus sikeres megoldása szuperszelektív embolizációval. Magyar Urológia 2001; 13 (3): 279–84.
8. Török A, Jilling A, Götz F. Gyógyszerindukálta priapismus kezelése. Orv Hetil 1991; 132: 633–34.
9. Hübler J, Könyves K Jr. Intracavernosus injekció okozta priapismus kezelése metilénkékkel. Magyar Urológia 2002; 14 (3): 223–26.
10. Kelemen Zs, Joós L, Kárpáti S, et al. A hímvessző és a herezacskó súlyos szövetelhalásos folyamatai. Orv Hetil 2001; 142 (20): 1049–54.

Jávorszky Ödön Kórház, Urológiai Osztály, Vác
(Osztályvezető főorvos: Szentgyörgyi Ervin dr.)

Az uréter endometriosis (esetismertetés)

Szentgyörgyi Ervin dr., Regős Imre dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: Szerzők az uréter elzáródását és következményes hydronephrosist okozó endometriosis két esetét ismertetik. Egyik esetben a jobb oldali uréter endometriosis mellett egyidejűleg fennálló appendicularis endometriosis is szerepet játszott az uréter okklúzió kialakulásában, másik esetükben az uréterre terjedés a parametriumtól kívülről történt. Az uréterpassázs helyreállítását mindkét alkalommal az uréternek psoas-hitch technikával való neoimplantációjával oldották meg. Röviden áttekintik az extragenitális endometriosis húgyszerveket és a gasztrointesztinális traktust érintő formáit.

URETERAL ENDOMETRIOSIS: A REPORT ON 2 CASES

SUMMARY: Two cases of endometriosis causing ureteric obstruction and subsequent hydronephrosis are presented by the authors. In one of their cases appendicular endometriosis as well as endometriosis involving the right ureter had a role in the development of renal obstruction, while ureteric occlusion resulted from the propagation of a parametric endometriotic tissue, as an extrinsic form of the disease in their other patient. Reconstruction of the ureteral passage was performed through neoimplantation using the psoas-hitch technique with good results in both patients. Different types of extragenital endometriosis involving the urinary tract and the gastrointestinal organs are briefly reviewed.

KEY WORDS: ureteric endometriosis, appendicular endometriosis, psoas-hitch bladder

A húgyszervek endometriosisa viszonylag ritkán előforduló kórkép. Az uréter falában, vagy a környező szövetekben, szervekben fellépő endometriosis uréterelzáródást, ezáltal súlyos vesefunkció-romlást okozhat. Egyik fiatal nőbetegünk esetében az appendix, valamint a közelében levő uréterszakasz egyidejű endometriosisa, a másik esetében pedig kismencedei endometriosisos göb kívülről nyomta össze az urétert és így veszélyeztette a megfelelő oldali vese működését.

Esetismertetés

P. B. 27 éves nőbeteg

Anamnézisében néhány éve visszatérő, a menstruációs ciklussal kapcsolatot nem mutató jobb oldali alhasi görcsös fájdalmak szerepeltek. Nőgyógyászhoz fordult, aki adnexitis diagnózist állapított meg, és antibiotikumos, antiflogisztikus kezelést alkalmazott. Terhessége nem volt. Szakrendelésünkön 2002 októberében jelentkező hónapok óta fokozatosan kialakuló tompa, jobb oldali deréktáji fájdalmak miatt. Fizikális vizsgálatnál kissé érzékeny jobb vesén kívül egyéb eltérést nem találtunk.