

Valerie a Štědrý den divů

MUDr. Richard Retamoza¹, MUDr. Martin Gregora¹, MUDr. Jan Starczewski²

¹Dětské oddělení, Nemocnice Strakonice, a. s.

²Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Dilatace kalichopánvičkového systému je nejčastěji zjišťovanou abnormitou při prenatálním a postnatálním ultrazvukovém screeningu ledvin a močových cest. Často je doprovázena také rozšířením močovodu (megaureter). Ve více než 60% případů nález spontánně mizí s věkem v důsledku vyzrání uropoetického systému. Pokud ne, podílí se na etiologii dilatace (mimo vezikoureterální reflux) zejména vrozené překážky v odtoku moči. Jejich obvyklou lokalizací je oblast pelviureterálního a vezikoureterálního přechodu, převážně se přitom jedná o faktory intraluminální. Z celkově méně často zastoupených extraluminálních příčin obstrukce se v praxi nejčastěji setkáváme s křížící aberantní cévou utlačující ureter v jeho subrenálním průběhu. V těchto případech odstupuje aberantní tepna z aorty a směřuje mimo oblast cévního hilu k dolnímu pólu ledviny, pro který je hlavním zdrojem cévního zásobení. V místě křížení ureteru pak může znesnadňovat jeho průchodnost (1). Prezentovaná kazuistika popisuje zcela výjimečnou příčinu symptomatické obstrukce močových cest cévní etiologie – atypické křížení a útlak ureteru ovarickými cévami.

Klíčová slova: dilatace kalichopánvičkového systému, megaureter, cévní útlak, ovarické cévy, urolitiáza.

Valeria and the Christmas Wonder

Pelvicalyceal dilatation is the most common abnormality identified in ultrasound screening of the urinary tract. Often it is accompanied by dilatation of the ureter too (megaureter). In more than 60% of all cases this finding disappears with age due to maturation of the urinary tract. Otherwise, there are mainly congenital narrowings participating in the etiology of dilatation (except for vesicoureteral reflux). It's usual location is the pelviureteral and vesicoureteral junction and most of them are represented by intraluminal factors. As regards extraluminal causes of obstruction most often we can see aberrant vessels crossing ureter in its subrenal course. In these cases the aberrant vessel is a branch of the aorta and points toward lower pole of the kidney as the main source of its blood supply. At the site of crossing the ureter there may be a difficult outflow of the urine. Our case represents an extraordinary cause of the symptomatic vascular obstruction of the urinary tract – atypical crossing and oppression of the ureter by ovaric vessels.

Key words: pelvicalyceal dilatation, megaureter, vascular obstruction, ovaric vessels, urolithiasis.

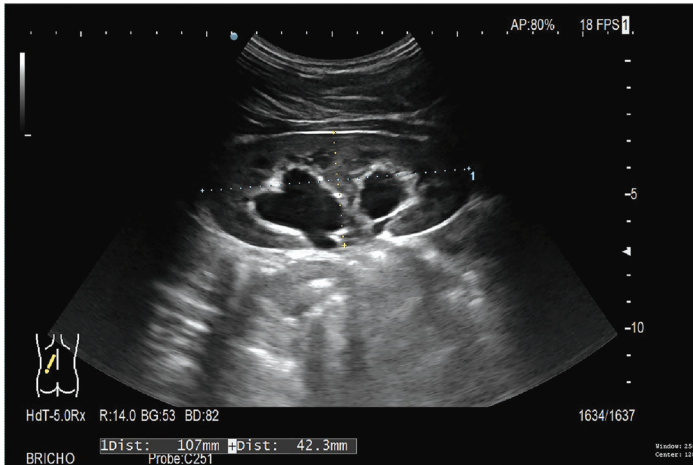
Kazuistika

Valerie byla od novorozeneckého věku sledována v nefrologické ambulanci s frekvencí 1–2× za rok pro asymptomatickou mírnou dilataci levé ledvinové pánvičky, dle sonografie 10 mm, s přibývajícím věkem až 15–17 mm v anteroposteriorním (AP) řezu. Z prenatálního UZ vyšetření bylo vysloveno podezření na zdvojení dutého systému levé ledviny, které se ale postnatálně nepotvrdilo. Po celou dobu neměla dívka žádné klinické obtíže plynoucí z tohoto nálezu. Ve věku 9,5

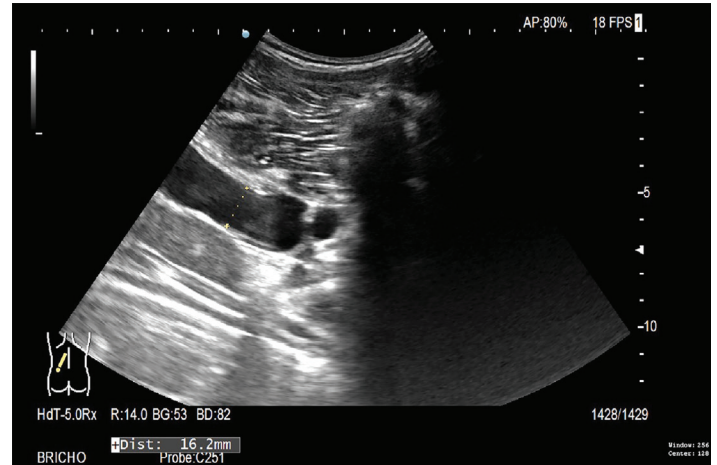
roku, dva dny před Štědrým dnem, se dostavila na ambulanci dětského oddělení pro dysurické potíže. Byla bez teploty, laboratorně bez známek zánětu (CRP < 1 mg/l), chemické vyšetření moči a močového sedimentu bez patologie. Při ultrazvukovém vyšetření byla zjištěna dilatace kalichopánvičkového (KP) systému levé ledviny a dilatace proximálního ureteru na téže straně (levostranná pánvička v AP řezu 32 mm, ureter 16 mm). Urolitiáza, která by vysvětlila obstrukční uropatii, nebyla při sonografii nalezena (Obr. 1, 2). Po konzul-

taci s dětským urologem byla doporučena spasmolytika, dostatek tekutin a Valerie zůstala v ambulantním sledování. Při kontrole za 5 dnů byla klinicky zcela bez obtíží. Celkem sugestivně popsala, že na Štědrý den zaslechla při močení cinknutí do mísy a následně se jí ulevilo. Ultrazvukový nález levostranné obstrukční uropatie ustoupil, zůstala jen prostornější ledvinová pánvička (v AP řezu 13–15 mm). Zdálo se, že příčina Valerieiných bolestí je objasněna a návrat k plnému zdraví je dárkem k Vánocům.

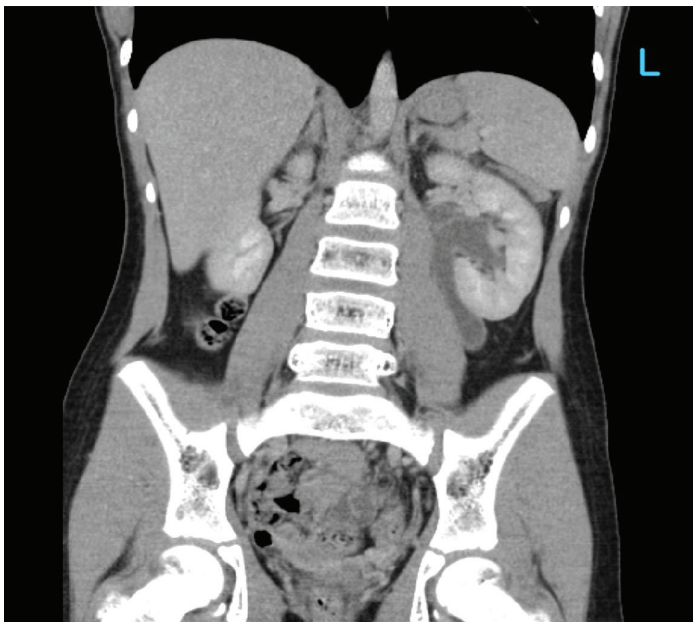
Obr. 1. Dilatace levé renální pánvičky s patrnou centrální dilatací kalichů, bez redukce šíře parenchymu ledviny



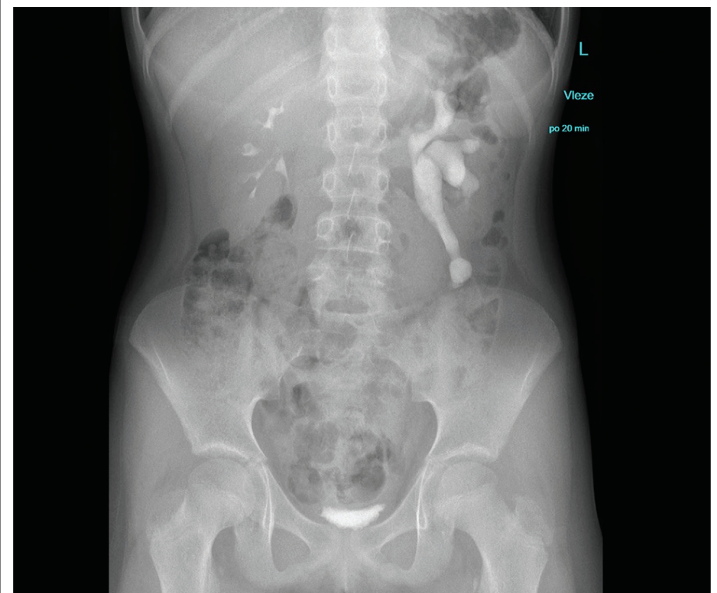
Obr. 2. Dilatace proximálního ureteru vlevo – segmentální proximální megaureter



Obr. 3. CT vyšetření břicha – dilatace levé pánvičky a ureteru až k úrovni horního okraje lopaty kyčelní



Obr. 4. Rtg intravenózní urografie – po 20 minutách od aplikace vážné odtok kontrastní látky z dilatovaného kalichopánvičkového systému vlevo a z proximální části levého ureteru

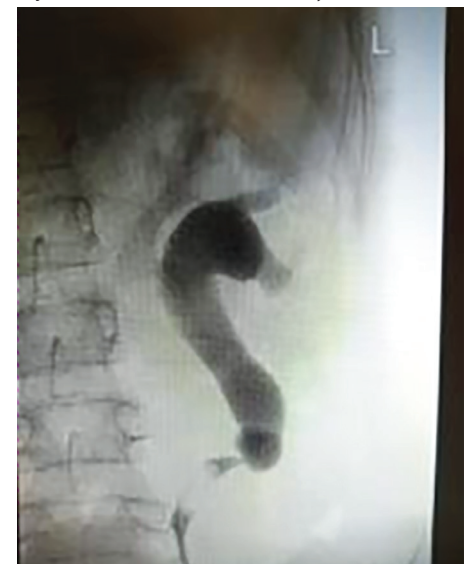


Nicméně za týden nato přichází Valerie se stejnými dysurickými potížemi, jaké ji přivedly do ambulance před Štědrým dnem. Prakticky stejný je i ultrazvukový nález při vyšetření ledvin. Levá ledvina opět jeví známky dilatace dutého systému (pánvička v AP rezu až 42 mm) a ureter je dilatovaný od pelviureterálního přechodu v celé proximální části. Valerie je za hospitalizace provedeno CT vyšetření ledvin s kontrastní látkou doplněné intravenózní urografií. Na snímcích je patrná dilatace levostranného KP systému a rozšíření ureteru téže strany v horním a středním úseku, s maximem pod pelviureterálním přechodem. V dalším průběhu je ureter bez dilatace. Následně vážně odtok kontrastní látky z dilatovaného KP systému a z proximální části levého ureteru

(Obr. 3, 4). Litiáza, která by vysvětlila příčinu obstrukce, nebyla ani při tomto vyšetření nalezena. Po spasmolytické infuzi se Valerie ulevilo od bolesti a následující den byla propuštěna s plánem kontroly na dětské urologické ambulanci. K té se dostavila za 4 dny s přetrvávajícími intermitentními bolestmi v bederní oblasti s maximem ve večerních hodinách. Sonograficky byla opětovně potvrzena dilatace dutého systému a segmentální proximální megaureter vlevo.

Valerie byla za účelem objasnění tohoto recidivujícího nálezu indikována k diagnostické ureterorenoskopii. Během výkonu byla provedena ascendentní ureteropyelografie s nálezem krátké stenózy ureteru ve výši L4 (Obr. 5). Během navazující robotické operace

Obr. 5. Ascendentní ureteropyelografie zobrazující stenózu levého ureteru ve výši L4



byla zjištěna jediná možná příčina obstrukce ureteru a to jeho útlak křížícím ovarickým cévním svazkem. Poté byla provedena resekce stenotické části s následnou antepozicí ureteru před ovarické cévy, zavedením ureterálního stentu na 4 týdny a anastomózou močového. S antibiotickou profylaxí infekce močových cest a příznivým pooperačním nálezem byla Valerie propuštěna do ambulantní péče nefrologické a urologické ambulance. Klinické obtíže pacientky se již neopakovaly. Histologicky byla v resekátu zastižena stěna močového vystlaná přiměřeně vyhlížejícím urotem bez známek zánětu či nádorových změn. Při ambulantních kontrolách přetrváva-

la přechodně dilatace levé ledvinné pánvičky s tendencí k ústupu nálezu. Po extrakci stentu byla vysazena antibiotická profylaxe, následně s odstupem 2 měsíců zůstal sonografický nález zcela bez přítomnosti dilatace dutého systému či močového.

Závěr

Přes vynaloženou snahu jsme se v české i zahraniční literatuře dopátrali pouze jednotek zdokumentovaných případů pacientů s podobnou diagnózou (2, 3). Námi prezentovaná kazuistika sdílí symptomatologii společnou cévním útlakům močových cest. V těchto případech je vada obvykle dlouhou

dobu asymptomatická, s narůstající četností projevů kolem puberty a zejména v dospělosti. Obvyklá je opakující se algická symptomatologie (recidivující bolesti břicha, lumbalgie, dysurie, příznaky renální koliky) doprovázená progresí dilatace kalichopánvičkového systému v době obtíží (4). Po odeznění klinické symptomatologie klesá obvykle i stupeň dilatace na zobrazovacích metodách. Řada případů tak zůstává bez pečlivého vyšetření v čase klinických obtíží nedignostikována. Diferenciálně diagnosticky je vždy nutné vyložit získanou příčinu obstrukce způsobenou konkrementem. Méně častou manifestací cévního útlaku je močová infekce či hematurie.

LITERATURA

1. Schmidt M, Hanek P, Veselý Š. Laparoskopická pyeloplastika. Endoskopie. 2010;19(1):34-36.
2. Serin H, Albayrak S, Arda, K. An unusual case: right proximal ureteral compression by the ovarian vein and distal ure-

- teral compression by the external iliac vein. Journal of Health Sciences. 2015;5(3):110-112.
3. Gettman MT, Lotan Y, Cadeddu J. Laparoscopic treatment of ovarian vein syndrome. JSL. 2003;7(3):257-260.

4. Flögelová H, Šmakal O. Obstrukční uropatie. In: Seeman T, et al. Dětská nefrologie. Praha: Grada Publishing, a.s.; 2021: 141-171.