

Полипоидный цистит: находка и дифференциальный диагноз

Д.Ю. Пушкар, А.В. Зайцев, М.В. Ковылина, О.А. Цыбуля, А.Б. Мацаев,
М.Ю. Гвоздев, Ю.Л. Лынова, Ю.А. Куприянов, Д.Р. Михайлов
ГОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития России

Контакты: Оксана Анатольевна Цыбуля oksadoc@yandex.ru

Введение. Полипоидный цистит цистоскопически и гистологически может «имитировать» уротелиальные неоплазии. Частота встречаемости полипоидного цистита составляет 0,38%; среди пациентов, перенесших катетеризацию мочевого пузыря (МП), — 6%.

Материалы и методы. Мы оценили частоту встречаемости полипоидного цистита среди пациентов с хроническим циститом, поступивших в клинику урологии МГМСУ на базе ГКБ № 50 за период с февраля 2008 по февраль 2010 г. Из наблюдавшихся 819 пациентов 3 больных с диагностированным полипоидным циститом предъявляли жалобы на учащенное мочеиспускание, императивные позывы и макрогематурию. Им были проведены ультразвуковое исследование, компьютерная томография и цистоскопия, размеры образования МП составили 1,0; 7,0 и 11,5 см соответственно, в 2 случаях подтвержден распространенный характер роста. При эндоскопическом исследовании определялись стелющиеся грубоворсинчатые образования без четких границ с явлениями буллезного отека, распада, кровоизлияний и инкрустацией мочевыми солями.

С учетом клинической картины и данных лабораторно-инструментальных исследований у 2 пациентов предположили наличие опухоли МП стадии T3bNxMx, у 1 — стадии T1NxMx. Согласно рекомендациям руководства Европейской ассоциации урологов по лечению рака МП пациентам была выполнена трансуретральная резекция МП.

На основании данных патоморфологического исследования у пациентов диагностирован полипоидный цистит.

Результаты. Частота встречаемости полипоидного цистита в нашем исследовании составила 37%. Полипоидный цистит, доброкачественное образование без риска развития злокачественного процесса, имел признаки инвазивного переходного-клеточного рака.

Заключение. Подобные случаи, редко встречающиеся в практике, представляют клиническую ценность и интересны для урологов, патологов и онкологов.

Ключевые слова: полипоидный цистит, мочевого пузыря, слизистая оболочка, инкрустация солями, уротелиальная неоплазия

Polypoid cystitis: a finding and differential diagnosis

D. Yu. Pushkar, A. V. Zaitsev, M. V. Kovylyina, O. A. Tsybulya, A. B. Matsayev,
M. Yu. Gvozdev, Yu. L. Lynova, Yu. A. Kupriyanov, D. R. Mikhailov

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health and Social Development of Russia

Background. Polypoid cystitis may simulate urothelial neoplasias cystoscopically and histologically. The frequency of polypoid cystitis is 0.38%; that among patients undergoing bladder catheterization is 6%.

Subjects and methods. The authors estimated the frequency of polypoid cystitis among chronic cystitis patients admitted to City Clinical Hospital Fifty, a base of the Clinic of Urology, Moscow State University of Medicine and Dentistry, in the period from February 2008 to February 2010. Out of 819 patients followed up, 3 who had diagnosed as having polypoid cystitis complained of pollakiuria, imperative micturite urges, and macrohematuria. They underwent ultrasonography, computed tomography, and cystoscopy; bladder masses measured 1.0, 7.0, and 11.5 cm, respectively; extensive growth was verified in 2 cases. Endoscopic studies identified procumbent rough-villous masses without well-defined outlines with the signs of bullous edema, decay, hemorrhages, and urinary salt encrustations.

By taking into account the clinical picture and laboratory and instrumental findings, the authors suspected stage T3bNxMx bladder tumor in 2 patients and T1NxMx stage in 1. According to the European Association of Urology guidelines for management of bladder cancer, the patients underwent transurethral bladder resection.

The patients were diagnosed as having polypoid cystitis on the basis of postmortem evidence.

Results. In this study the frequency of polypoid cystitis was 37%. Polypoid cystitis, a benign mass without a risk for malignancy, had signs of invasive transitional cell carcinoma.

Conclusion. Such cases that rarely occur in practice are of clinical value and interest to urologists, pathologists, and oncologists.

Key words: polypoid cystitis, bladder cancer, mucosa, salt encrustations, urothelial neoplasia

Введение

Вопрос дифференциальной диагностики полипоидного цистита и рака мочевого пузыря (РМП) остается актуальным и спорным.

Полипоидный цистит — это обратимое, экзофитное повреждение слизистой оболочки мочевого пузыря (МП) воспалительной природы, характеризующееся

нормальным или незначительно гиперплазированным уротелием и выраженным отеком собственной пластинки, имеющей признаки острого или хронического воспаления [1]. Является реакцией на травму слизистой оболочки, цистоскопически и гистологически имеет сходство с различными уротелиальными неоплазиями. Аналогичные изменения иногда происходят по всему

уротелиальному тракту, их называют соответственно полипоидным уретритом, полипоидным уретеритом и полипоидным пиелитом [2]. Предрасполагающими факторами развития полипоидного цистита могут служить длительная катетеризация МП, инфравезикальная обструкция, ректовезикальная фистула, внутрипузырная химиотерапия, камни МП, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, лучевая терапия рака предстательной железы, длительное дренирование верхних мочевых путей, нейрогенная дисфункция МП [3, 4]. После устранения травмирующего воздействия поражение слизистой оболочки МП исчезает в течение 6–7 мес [5].

Цистоскопическая картина полипоидного цистита характеризуется образованием полипоидных и папиллярных выростов, ширина которых превалирует над высотой и которые располагаются на широком или узком основании, буллезными полипами, трабекулярностью, диффузной гиперемией, отеком слизистой оболочки МП. При дальнейшем усугублении и распространении отека возникает буллезный цистит. Цистит с инкрустацией мочевыми солями связан с мочевой инфекцией, которая вызвана бактериями, растворяющими мочевины. Соли кальция формируют инкрустации в собственной пластинке и на поверхности слизистой оболочки [6]. Цистоскопически папиллярный рак представляет собой расположенную на широком основании опухоль, напоминающую цветную капусту, и это наиболее важный признак, позволяющий безошибочно трактовать такое новообразование как злокачественное [7].

Патоморфологическая картина полипоидного цистита характеризуется нормальным или гиперплазированным уротелием, наличием признаков острого и хронического воспаления, реактивной уротелиальной атипией, отеком собственной пластинки слизистой оболочки с фиброзом и полнокровными сосудами. За счет выраженного отека собственной пластинки формируются характерные полипоидные выпячивания [8]. При патоморфологическом исследовании у всех пациентов обнаруживают также эозинофильные инфильтраты, как вторичную реакцию на токсические или аллергические эффекты уретрального катетера [9].

Материалы и методы

Проведено обследование 819 пациентов с диагнозом хронического цистита, поступивших в клинику в период с 2008 по 2009 г. Средний возраст пациентов составил 46,7 года. Биопсия МП по поводу синдрома хронической тазовой боли и экзофитных образований МП выполнена 22 пациентам. По данным патоморфологического заключения, у 15 пациентов диагностирован интерстициальный цистит, в остальных случаях — фолликулярный цистит ($n=1$), инкрустирующий цистит ($n=1$), полипоидный цистит ($n=3$), у 2 больных отмечено нормальное гистологическое строение. Нами проанализированы случаи полипоидного цистита у пациентов, которым не проводилась катетеризация МП. Учитывали возраст, пол, клинические проявления, данные анамнеза, лабораторно-инструментальных исследований, патогистологического заключения. Биопсия МП взята путем трансуретральной резекции (ТУР).

Результаты

Полипоидный цистит был диагностирован у 3 пациентов (2 женщины и 1 мужчина). Средний возраст респондентов составил 45 (34–52) лет. Ни у одного из пациентов не зафиксировано в анамнезе катетеризации МП. Показатели общих и биохимических анализов крови в пределах нормы. В 2 случаях заболевание проявилось наличием макрогематурии и дизурии, в 1 — протекало бессимптомно и было случайной находкой при цистоскопическом исследовании. По данным ультразвукографии ретенционные изменения верхних мочевых путей с обеих сторон были выявлены у 1 пациентки (чашечки и лоханка справа 16 и 32 мм, слева — 15 и 35 мм соответственно, у остальных пиелокалкоэктазии не отмечено. Больным была выполнена цистоскопия, по данным которой у мужчины (49 лет) и 1 женщины (34 лет) определялись «стелющиеся» солидные образования около 8 и 2,8 см в диаметре соответственно, с явлениями буллезного отека, распада, кровоизлияний и инкрустацией мочевыми солями. Образования предположительно характеризовались инфильтративным характером роста (рис. 1).

У 2-й пациентки (52 лет), по данным эндоскопического исследования, выявлено папиллярное образование на тонком основании диаметром 1,0 см (рис. 2).

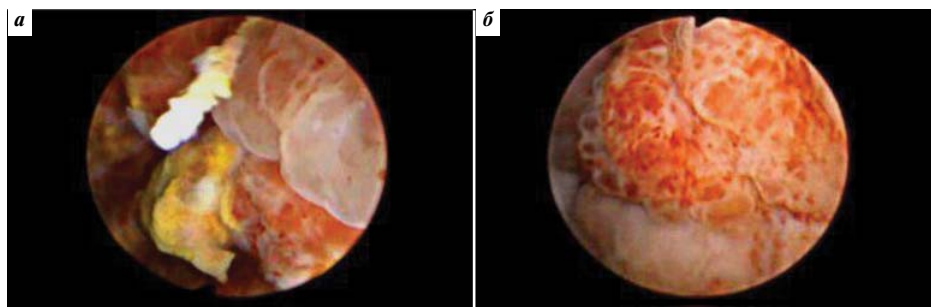


Рис. 1. Сольное образование, вдающееся в полость МП в виде массивных бугристых масс, покрытых отежной слизистой оболочкой, с инкрустациями солями (а), очагами кровоизлияний (б)



Рис. 2. Сольное образование, вдающееся в полость МП

Мужчине выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства: передняя стенка МП (область верхушки и проекция ухауса) неравномерно утолщена до 25 мм на протяжении около 70 мм с переходом на левую боковую стенку и область устья левого мочеточника. В интерстициальную фазу контрастирования определялось интенсивное накопление контрастного препарата тканью образования МП. Поступление контрастного вещества в МП по левому мочеточнику было замедленным. Определялась инфильтрация паравезикальной клетчатки.

Первой пациентке выполнена диагностическая лапароскопия, исключившая патологический процесс со стороны брюшной полости и репродуктивной системы. Однако заболевание МП подтверждала локальная бугристость брюшины с втяжением в центре на участке 3–4 см в области передней стенки, что не исключало также наличия инфильтративной опухоли МП. Второй пациентке выполнена оптическая когерентная томография (ОКТ) (рис. 3), которая позволила исключить инвазивный характер роста образования.

С учетом анамнеза, клинических проявлений и данных инструментальных исследований пациентам был поставлен предварительный диагноз: опухоль МП по классификации TNM в 2 случаях стадии T3bNxMx, в 1 – T1aNxMx.

Согласно рекомендациям руководства Европейской ассоциации урологов по лечению РМП пациентам выполнена ТУР МП (рис. 4) и патоморфологическое исследование биоптатов [10].

Данные патоморфологического исследования биоптатов МП свидетельствовали о наличии полипоидного цистита у всех пациентов (рис. 5).

Таким образом, очевидно, что данные клинического и лабораторно-инструментального обследований не позволяли даже предположить наличие воспалительного процесса. Как показало наше исследование, частота встречаемости полипоидного цистита составляет 0,37%.

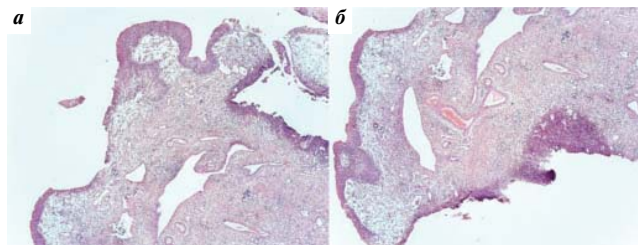


Рис. 5. Патоморфологическая картина полипоидного цистита с наличием гиперплазированного уротелия, признаков острого и хронического воспаления, реактивной уротелиальной атипии с множественными митозами, отеком собственной пластинки слизистой оболочки с фиброзом (а) и полнокровными сосудами и полипоидными выпячиваниями (б)

Обсуждение

Полипоидный цистит – редко встречающееся заболевание, цистоскопически и гистологически схожее с уротелиальной неоплазией. В мировой литературе описываются единичные случаи. Частота встречаемости полипоидного цистита, по данным литературы, составляет 0,38% [11]; среди пациентов, перенесших катетеризацию МП, – 6% [12]. РМП – достаточно частая патология, его встречаемость составляет примерно 2–5% всех новообразований и 30–40% опухолей мочеполовой системы, он занимает 2-е место после рака предстательной железы [13]. Ежегодно в мире диагностируется до 200 тыс. новых случаев РМП, 66 тыс. из которых приходится на европейский континент [15].

Инструментальные методы диагностики не позволяют определиться в отношении дифференциального диагноза [16, 17]. При дифференциации полипоидного цистита и РМП рекомендуется ориентироваться на цистоскопическую картину. В последнем случае ворсины в большей степени ветвятся и бывают более нежными, чем при воспалительном процессе [18]. Зачастую трудно отличить полипоидный цистит от рака из-за экзофитной природы заболевания, особенно если в анамнезе нет данных о повреждении слизистой оболочки МП. При дифференциальной диагностике следует помнить, что ворсины полипоидного цистита

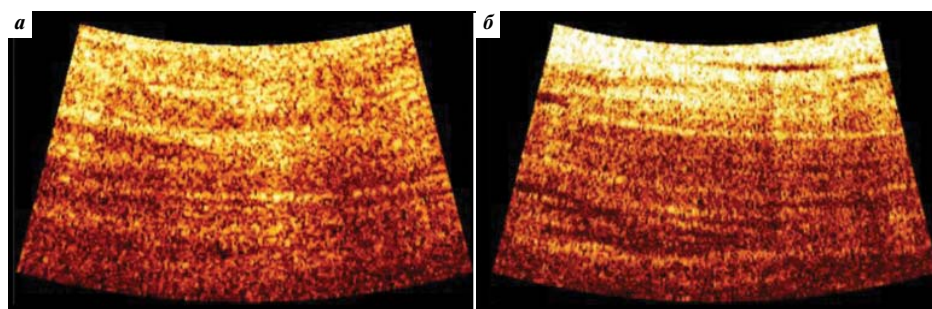


Рис. 3. ОКТ основания образования МП (а), неизменной слизистой оболочки МП (б)

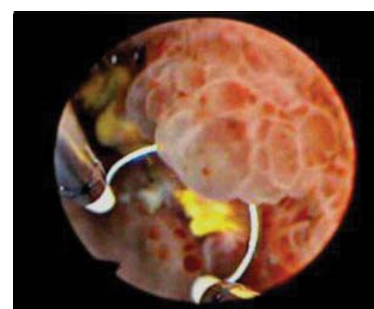


Рис. 4. ТУР МП. Фрагмент солидного образования с явлениями буллезного отека и кровоизлияниями

обычно более широкие и грубые, чем при уротелиальной неоплазии.

Полипоидный цистит прежде всего связан со стромальными реакциями, возникшими вследствие воспаления и отека собственной пластинки слизистой оболочки, приводящими к формированию папиллярных или полипоидных структур, выстланных нормальным или гиперплазированным уротелием.

Гиперплазия уротелия при полипоидном цистите не столь выражена, как при карциноме. Для уротелиальной неоплазии не характерны воспаление и выраженный отек собственной пластинки слизистой оболочки. О развитии карциномы может говорить наличие ядерного полиморфизма. Необходимо помнить о возможной реактивной атипии как реакции на выраженное воспаление.

Следует отметить, что не существует корреляции между выраженностью воспалительных изменений слизистой оболочки МП и наличием или отсутствием бактериурии.

В случае если диагноз уротелиальной неоплазии ставится под сомнение и заподозрен полипоидный цистит, патологу необходимо обратить внимание на анамнез заболевания, предположить наличие реактивного процесса как реакции на химическое, механическое или лучевое повреждение слизистой оболочки МП. Так, Z. Lane и J.I. Epstein провели анализ 41 слу-

чая, в которых ошибочно была диагностирована уротелиальная неоплазия.

У обследованных пациентов анамнез не был типичным для полипоидного цистита и заподозрить наличие воспалительного процесса не представлялось возможным. В отличие от данных литературы нашим пациентам не проводили катетеризации МП, у них не отмечали других известных провоцирующих воспаление факторов. Следует отметить, что 2 пациента злоупотребляли алкоголем. Заболевание МП было заподозрено на основании лабораторно-инструментальных исследований. Таким образом, проявления полипоидного цистита могут вызвать алиментарные факторы, в том числе и злоупотребление алкоголем.

Заключение

Полипоидный цистит — это доброкачественное образование, не сопровождающееся риском развития злокачественного процесса.

Для верификации диагноза заболевания МП обязательно выполнение патоморфологического исследования. Очевидных симптомов болезни и результатов диагностических манипуляций недостаточно для постановки диагноза и прогноза исхода заболевания. Подобные случаи довольно редки, однако они имеют клиническую ценность и представляют интерес для урологов, патологов и онкологов.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Reuter V.E., Melamed M.R. The urotelial tract: Renal pelvis, ureter, urinary bladder and urethra. *Diagn Surg Pathol* 1999;2:1853–91.
2. Lane Z., Epstein J.I. A Series of 41 Cases Misdiagnosed as Papillary Urothelial Neoplasia. *Am J Surg Pathol* 2008;32(5):758–64.
3. Griffin N., Hamilton L., Shenoy M.D. et al. Polypoid cystitis in a child: a rare cause of hematuria. *Brit Urol* 2001;88(1):124.
4. Young R.H. Papillary and polypoid cystitis. A report of eight cases. *Am J Surg Pathol* 1988;12(7):542–6.
5. Waisman S.S., Banco J., Grourie W.J. Single polypoid cystitis cystica and glandularis presenting as benign bladder tumor. *Urology* 1990;36(4):364–6.
6. MacLennan G.T., Resnick M.I., Bostwick D.G. *Pathology for Urologists*. Saunders, 2003.
7. Petrisor Geavlete. *Atlas of Endourology*. Bucharest, 2006; p. 269–311.
8. Ekelund P., Anderstrom C., Johansson S.L. et al. The reversibility of catheter-associated polypoid cystitis. *J Urol* 1983;130(3):456–9.
9. Norlen L.J., Ekelund P., Hedelin H. et al. Effects of indwelling catheters on the urethral mucosa (polypoid urethritis). *Scand J Urol Nephrol* 1988;22(2):81–6.
10. Jakse G., Algaba F., Fossa S. et al. Pocket Guidelines. European Association of Urology. Gunnar Aus. Sweden, 2007; p.17.
11. Spitalo L., Deangelis J.J., Bosio M.V. Eosinophilic polypoid cystitis with flat carcinoma in situ of the overlying epithelium. *Arch Esp Urol* 1989;42(8):809–11.
12. Goble N.M., Clarke T., Hammonds J.C. Histological changes in the urinary bladder secondary to urethral catheterisation. *Br J Urol* 1989;63(4):354–7.
13. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. *Вестник Российского онкологического научно-го центра им. Н.Н. Блохина*. 2007. Т. 18, прил. 1, с. 58–9.
14. Black R.J., Bray F., Ferlay J. et al. Cancer incidence and mortality in the European Union. *Eur J Cancer* 1997;33:1075–107.
15. Borden L.S., Clark P.E., Hall M.C., Bladder Cancer. *J Curr Opin Oncol* 2003;15: 227–33.
16. Шатов А.В., Березуцкий Н.Т. Сравнительная оценка роли РКТ и МРТ в диагностике и лечении опухолей мочевого пузыря. Тез. докл. Пленума Всерос общества урологов. Кемерово, 1995; с. 289–99.
17. Neuburg J.M., Bohndorf K., Sohn M. et al. Staging of urinary bladder neoplasms with MRI. Is GD PTPA helpful? *J Comput Assist Tomogr* 1991;15:780–6.
18. Воробьев А.В. Классификация и диагностика рака мочевого пузыря, вопросы дифференциальной диагностики. *Практ онкол* 2003;4(4):196–203.