

**Giorgio Paoletti; Vanni Giovannelli**  
**UO Urologia Ospedale di Arezzo**

DESCRIZIONE DEL CASO:

Anamn. E.O.

Maschio 63 aa., normotipo. Poliomielite a 1 anno , Numerosi int ortopedici AA II , Diabete dal '96 , dal 2002 Insul dipend., ixtensione , in terapia con ASA. Dal '97 non deambula Allergia novalgina e polline

Dal 2009 pollachiuria intensa, incontinenza diurna e notturna e in peggioramento (4-5 pad die) , malgrado terapia alfalutica e finasteride.

Esami :

Giu '11: ricovero in reparto Medico per ins. renale cronica , diabete, infez. urinaria epididimite con febbre, cardiopatia sclerotica ipertensiva.

TAC riscontro di modesta idronefrosi bilaterale e vescica nella norma , prostata nei limiti, non stenosi uretrale creatinina 1.2 , uricemia 7,1 glicem 1.3, psa 0.1. Posizionato C.v. a permanenza, terapia antibiotica e creatin. 0.6

Dopo 1 mese di C.v. la idronefrosi non migliora e peggiora la funz.renale

Ago 2011: risoluzione di epididimite , ricerca BK urine e DNA e citologie negative , Rx torace negativo.

Urografia con fase cistouretrografica: normale canalizzazione ureterale e uretrale e vescica di bassa capacità;

Studio videourodinamico ( capacità c max 70 cc, pdet 75 cm h20, RVU bilaterale a 40 cc riempimento)

Sett '11 : persistono febbri urinarie ricorrenti , TC: peggioramento dell'idronefrosi.

Ott.-Nov '11', In collaborazione con Unità spinale Firenze : Cistoscopia: vescica retratta con cavità virtuale , non stenosi uretrale, Tac con cistografia; idron bilat e non più documentabile reflusso. Persiste piccola vescica ( cc max ridotta a 40 cc) con idronefrosi bilaterale. Ripetizione di TC ed esami nel sosp. di specificità, ecog testicolare e prostatica, Rmn : negativi. Creatin 1.6 , Hgb 8.9

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE:

Vescica di bassa capacità di origine flogistica infettiva non specifica

TERAPIA CHIRURGICA:

Dic.'11 Cistoprostatectomia con uretero-ileo-cutaneo stomia

E.Istol.: Cistite cronica con aree iperemico emorragiche, metaplasia squamosa, iperplasia della tonaca muscolare flogosi granulomatosa; prostatite cronica, flogosi granulomatosa in parenchima sclerotico; vescichette seminale e ureteri con raccolte granulocitarie e flogosi granulomatosa , assenti atipie.

QUESITI:

Deterioramento severo e rapido della capacità e compliance vescicale dopo cateterismo di verosimile origine flogistico-infettiva, inizialmente sospetta per vescica neurologica.

