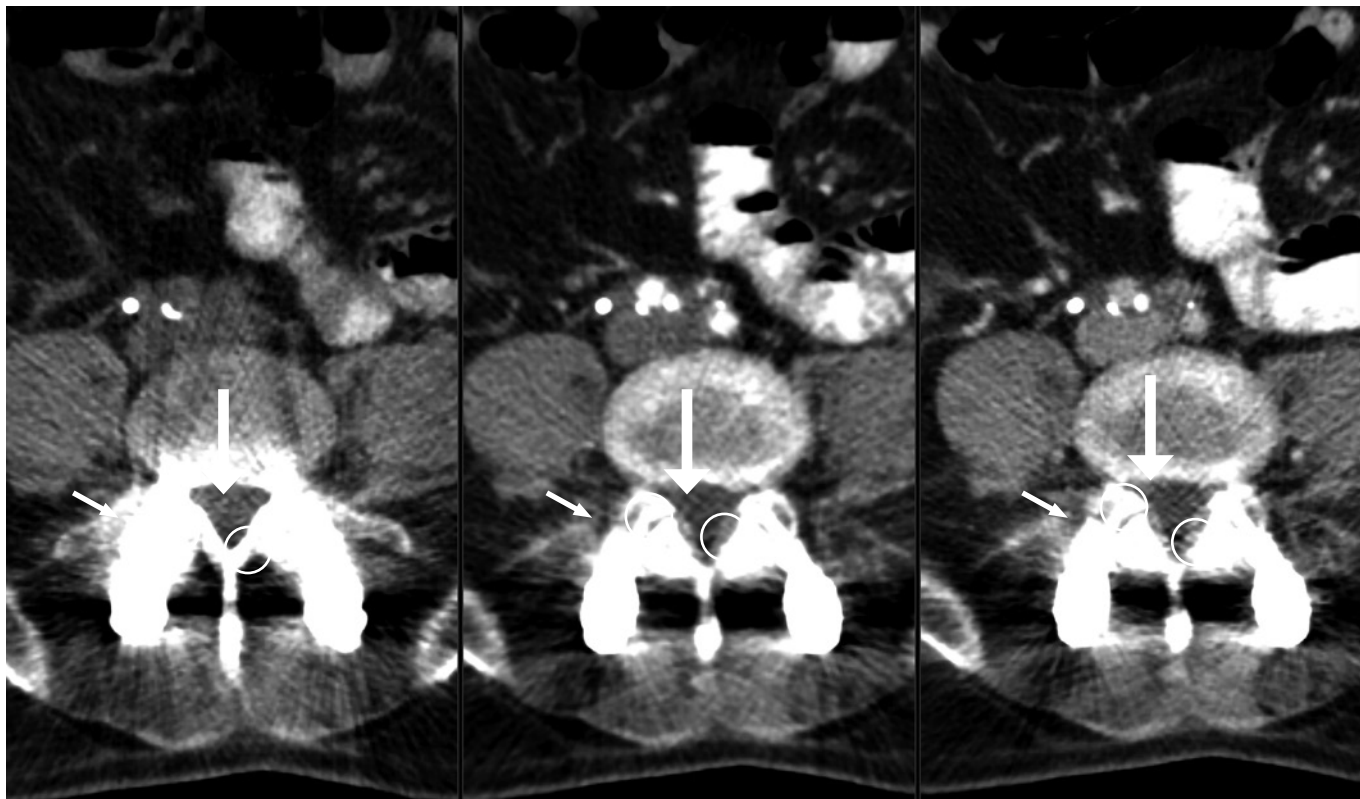


Obr. 3. Kontrolní CT vyšetření provedené 10/2021 prokázalo parciální velikostní regresi patologických hmot, nikoliv ale kompletní vymizení. Drobné reziduum (velká šipka) je sledovatelné v úrovni větvení společných ilických cév (označeny kroužkem) a ventrálně před nimi. Vpravo je stále zaveden JJ stent (malá šipka)



Obr. 4. Pacient s ložiskem retroperitoneální fibrózy s histologicky potvrzenou diagnózou IgG4-RD. Šipkami jsou označeny kraniální i kaudální porce metabolicky aktivní infiltrace v retroperitoneu obkružující kaudální část břišní aorty, oblast bifurkace a dále odstup pravostranných společných ilických cév (v infiltrátu je zavzat pravostranný ureter s JJ stentem). Pacient byl léčen rituximabem, dexametazonem a cyklofosfamidem. Po léčbě tato metabolicky aktivní infiltrace při kontrolním vyšetření zaniká. Další akumulace radiofarmaka v rámci variant fyziologického zobrazení

2.6.2021



6.9.2021



Nejčastější závažnou komplikací retroperitoneální fibrózy je komprese ureteru v oblasti pánve, a to buď jednostranná, nebo oboustranná. To závisí na rozsahu retroperitoneální fibrózy. Pokud je tento proces limitovaný na periaortální oblast, tak ke kompresi ureteru nemusí dojít, pokud proces postihuje oblast periiliakální, tak ke kompresi ureteru

dochází. Někdy může postižení dalšího ureteru následovat roky od počátku nemoci (16, 17).

Zajímavým nálezem při stanovení diagnózy je hypoplazie ledviny či její atrofie (průměr <8,5 cm). Tento jev italská urologové popsali u 8–30 % pacientů (16–17). Příčina hypoplazie ledviny u pacientů s retroperito-