

ENTERO-URETERÁLNÍ PÍŠTĚL JAKO KOMPLIKACE CROHNOVY CHOROBY

F. Kučera¹, J. Banovský¹, J. Vykoukal²

¹Urologické oddělení, Nemocnice Vyškov

²Chirurgické oddělení, Nemocnice Vyškov

Souhrn

V kazuistickém sdělení referujeme o devětatřicetiletém muži, u kterého byla diagnostikována vzácná urologická komplikace Crohnovy nemoci. Jednalo se o enteroureterální píštěl vycházející z terminálního ilea, křížně (zprava do leva) procházející retroperitoneem a ústící do lumina levého ureteru. Klinicky se tento stav manifestoval jednostrannými nefralgiemi, dysurickými obtížemi s leukocyturií. Pneumaturie a fekalurie nebyla přítomna. Charakteristické projevy Crohnovy choroby jako průjem, subfebrilie nebo břišní bolesti nebyly vyjádřeny. Nález byl úspěšně řešen operační léčbou.

Klíčová slova: enteroureterální píštěl, Crohnova choroba, operační léčba.

ENTEROURETERAL FISTULA AS A COMPLICATION OF CROHN'S DISEASE

Summary

The case report presents a twenty-nine year old man diagnosed with a rare urological complication of Crohn's disease. An enteroureteral fistula was found originating from the terminal ileum, crossing the retroperitoneum from the right to the left, and running into the lumen of the left ureter. This condition was clinically manifested by nephralgia on the left side and dysuric problems with leucocyturia. No signs of pneumaturia or faecaluria were present. Characteristic symptoms of Crohn's disease such as diarrhoea, subfebrile states or abdominal pain were not present. The condition was successfully treated by surgery.

Key words: enteroureteral fistula, Crohn's disease, surgical treatment.

Česká urologie 2006; 3: 39–41

Úvod

Mezi střevní komplikace Crohnovy choroby patří střevní obstrukce, abscesy, anorektální léze a píštěle. Píštěle vycházející z tenkého střeva vyúsťují typicky perianálně nebo penetrují do přilehlých orgánů. Nejčastěji dochází k penetraci do přilehlé tenké kličky nebo se vytvoří píštěl mezi tenkou kličkou a tlustým střevem. Vzácněji pak dochází k tvorbě píštělí mezi střevem a orgány urogenitálního traktu (močový měchýř, močovody, prostata, močová trubice).

Kazuistika

Nemocný přišel na doporučení obvodního lékaře a chirurgické ambulance. Z anamnézy stojí za zmínku, že byl před dvěma lety hospitalizován na chirurgickém oddělení pro periproktální absces, který byl incidován a zhojen sekundárně. Následné koloskopické vyšetření bylo bez patologického nálezu. Dále byl léčen pro vředovou chorobu gastroduodena s pozitivitou na *Helicobacter pylori*. Pacient je kuřák, dlouhodobě bez medikace, pouze poslední týden byl nasazen obvodním lékařem amoclen. Alergii negoval.

Při vstupním vyšetření nemocný udával čtrnáct dní pobolívání v levém lumbálním úhlu, citlivost levého pod-

břišku, nucení na močení bez pálení a řezání při močení. Teploty v poslední době neměl, udával noční pocení. Pneumaturii či fekalurii negoval. Dyspepsie či zvracení negoval, stolici měl formovanou bez příměsí, váhový úbytek negoval.

Objektivní nález – hlava a hrudník byly bez patologického nálezu, tapottement vlevo byl pozitivní, břicho bylo volně prohmatné bez peritoneálního dráždění, byla přítomna palpační citlivost v levém meso a hypogastriu. Při vyšetření per rectum nemocný udával palpační citlivost prostaty.

Laboratorní nálezy při příjmu – hemoglobin 112 g/l, močový nález – pH 6, leukocyty 5–10, erytrocyty 0–5.

Na sonografii byla patrná dilatace dutého systému levé ledviny prvního stupně, vzduch v dutém systému nebyl popisován. Na vylučovací urografii byla přítomna dilatace dutého systému levé ledviny a močovodu do úrovně L4, dále se již močovod nezobrazoval. Únik kontrastní látky do okolí nebyl patrný. V lumen ureteru nebyla nalezena kontrastní litiáza. Byla provedena cystoskopie a jednostranná ureteroskopie, při které bylo v deseti centimetrech nalezeno překrvení a edém sliznice ureteru. Další postup proximálně vodičem i ureteroskopem nebyl možný, proto byla založena punkční ne-

frostomie. Následně byla provedena antegrádní pyeloureterografie a CT břicha. Na CT byly patrné drobné bublinky plynu v dutém systému levé ledviny, v levém retroperitoneu byl nález hypodenzních formací charakteru drobných abscesů, do kterých byl zavzat i ureter. Byl patrný stop kontrastu v oblasti distálního ureteru, extravazace kontrastní látky do okolí nebyla patrná. Dutina břišní byla bez patologického nálezu. Koloskopické vyšetření bylo negativní. Pro nejasný nález původu vzniku městnání ledviny a drobných abscesů v retroperitoneu byla znovu provedena ureteroskopie levého ureteru, kde v terénu zánětlivě změněné sliznice byla patrná bodová perforace stěny močovodu. Do úrovně defektu byla zavedena ureterální cévka. Při následném retrográdním plnění kontrastní látkou se znázornila píštěl křížující retroperitoneum a komunikující na pravé straně s terminálním ileem.

Nemocný byl připraven k operační revizi, při které byl nalezen konvolut třech kliček terminální části ilea. Mezi kličkami bylo patrné několik entero-enterálních píštělí a dále samostatná píštěl jdoucí pod kolon descendens do retroperitonea. V levém retroperitoneu píštěl ústila do levého ureteru. V okolí píštěle bylo nalezeno několik abscesů.

Byla provedena resekce postiženého úseku tenkého střeva s entero-entero anastomózou, excize píštěle křížující retroperitoneum a revize levého retroperitonea s odsátím abscesových hmot. Byl uvolněn ureter a retroperitoneum vypláchnuto betadinou. Do levého ureteru byl zaveden JJ stent. Nefrostomie vlevo byla ponechána.

Histologie potvrdila poškození tenkého střeva nespecifickým zánětem typu morbus Crohn.

V pooperačním období byla zavedena ATB terapie. Za 8 týdnů byl extrahován JJ stent. Kontrolní antegrádní pyeloureterografie byla bez extravazace kontrastní látky periureterálně, proto byla zrušena nefrostomie. Dále byl pacient kontrolován ambulantně pro možný vznik striktury levého ureteru. Kontrolní sonografie ledvin v odstupu třech měsíců vykazovaly fyziologický nález bilaterálně. Vylučovací urografie v odstupu šesti měsíců a později jednoho roku vykazovaly fyziologický nález bilaterálně.

Diskuze

Crohnova choroba je definována jako chronický nespecifický zánět postihující diskontinuálním způsobem trávicí trubici. Postižena může být jakákoliv část trá-

vící trubice. Onemocnění má tendenci k tvorbě píštělí a striktur. Období aktivity choroby je charakterizováno průjmy, břišními bolestmi vázanými na jídlo a mizíciemi po defekaci, subfebriliemi, anorektálními lézemi, anemií, malnutricí a hypovitaminózou.

Mezi častější urologické komplikace Crohnovy choroby patří enterovezikální píštěle, nefrolitiáza (kameny jsou složeny z urátů nebo oxalátů), perinefritický absces, perivezikální infekce, ureterální obstrukce s hydronefrózou.

Mezi vzácné urologické komplikace Crohnovy choroby patří píštěle enteroureterální, enteroprostatické a enterouretrální.

Statisticky vyplývá, že pacienti s Crohnovou chorobou trpí až v deseti procentech urologickými komplikacemi této choroby. Nejčastější komplikací je tvorba urolitiázy u 4,7%, ureterální obstrukce u 3,1%, enterovezikální píštěl u 2,9%. Píštěle enteroureterální, enteroprostatické nebo enterouretrální jsou raritou a jejich statistická četnost není udávána.

Pokud dochází k vytvoření enterovezikální píštěle, pak vychází píštěl převážně z oblasti terminálního ilea. Typickým symptomem bývá pneumaturie a fekalurie.

Při vytvoření píštěle mezi střevem a ureterem bývá poškozen převážně pravý distální ureter. Přítomnost pneumaturie nebo fekalurie není podmínkou. Častěji bývá přítomna pouze pyurie a mikrohematurie.

Diagnostika urologických komplikací Crohnovy choroby se opírá o anamnestická data urologických obtíží spolu s dotazem na fekalurii a pneumaturii. V další anamnéze se zaměřujeme na anamnestické údaje klinických projevů aktivity Crohnovy choroby.

Dále je diagnostika Crohnovy choroby a urologických komplikací založena na zobrazovacích vyšetřeních (sonografie, vylučovací urografie, enteroklýza, irigografie, CT) a endoskopických vyšetřeních střeva a urologických orgánů (enteroskopie, cystoskopie, ureteroskopie s antegrádním nebo retrográdním plněním kontrastní látkou).

Operační řešení je děleno na ošetření střeva a na ošetření poškozených urologických orgánů.

Preferovaným zákrokem na střevě je vzhledem k časté recidivě onemocnění resekce střeva s end-to-end anastomózou. Při vytvoření píštěle mezi střevem a ureterem je nutné tuto píštěl excidovat.

Ureter je vzhledem k rozsahu poškození většinou ošetřen zavedením double J stentu, který daný ureter „dlahuje“ a vytvoří tak podmínky pro reparaci ureteru. Double J stent extrahujeme za 8 týdnů. Integritu zhoje-

ného ureteru kontrolujeme provedením antegrádní urografie již dříve založené nefrostomie nebo provedením vylučovací urografie. V dalším období je pacient sledován pro možnost vzniku striktury ureteru pomocí zobrazovacích metod (sonografie, vylučovací urografie).

Pokud dojde k většímu poškození ureteru je tento stav řešen otevřenou operační technikou. Dle lokalizace a délky defektu ureteru provádíme uretero-ureteroanastomózu, trans-uretero-ureteroanastomózu nebo náhradu ureteru lalokovou plastikou z močového měchýře (Boariho plastika, psoas hitch). Náhrada poškozené části ureteru interpozicí střeva, zvláště pak ilea se nedoporučuje.

Závěr

Pokud na začátku onemocnění dominují klinické příznaky charakteristické pro nespecifický střevní zánět, pak většinou sled diagnostickým metod vede k verifikaci onemocnění. V opačném případě může až operační revidace jednoznačně zhodnotit a vyřešit vzniklý patologický stav. V kazuistickém sdělení chceme upozornit na vzácný případ urologické komplikace Crohnovy choroby, na

obtíže při diagnostice této komplikace a na možnosti operačního řešení.

MUDr. František Kučera

Urologické oddělení, Nemocnice Vyškov

Purkyňova 36, 682 01 Vyškov

e-mail: f.kucera@email.cz

Literatura

1. Siminovich JM, Fazio VW. Ureteral obstruction secondary to Crohn's disease: a need for ureterolysis?, *AM J Surg*, Jan 1980, 139 (1), p. 98–98.
2. Raaijmakers PA, Boetes C, Strijk SP, de Boer HH, Debruyne FM, Rosenbusch G. Direct urological complications in Crohn's disease: enterovesical fistula and ureteral obstruction. *Rofo*. 1983 Feb; 138 (2), p. 162–169.
3. Guzman Martinez-Valls, Hita Villaplana G, Fernandez Aparicio T, Minana Lopez: Spontaneous pneumopyelography for enteroureteral fistula. *Arch Esp urol nov*. 2003, 56 (9), p. 1062–1065.
4. Shun Sato, Iwao Naito, Hiroo Naito, Yuji Funayama. Management of urinary complication in Crohn's disease. *Surgery today* 1999 vol. 29, No. 8 p. 713–717.
5. Saint-Marc O, Frileux P, Vaillant JC. Enterovesical fistulas in Crohn disease: diagnosis and treatment. *Ann Chir*. 1995, 49 (5): p. 390–395.
6. Ben-Ami Haim, Lavy Alexandra MD, Behar Doron, Ginesin Yeoshua. Left hydronephrosis caused by Crohn disease successfully treated conservatively. *American Journal of the Medical Sciences* October 2000, p. 286–287.
7. Ruffolo Cesare, Angriman Imerio, Scarpa Marco, Polese Lino: Minimally invasive management of Crohn disease complicated by ureteral stenosis. *Surgical laparoscopy, endoscopy and percutaneous techniques*, October 2004, 14 (5), p. 292–294.
8. Levy Cynthia, Tremaine William. Management of internal fistulas in Crohn's disease. *Inflammatory bowel diseases* March 2002 8 (2), p. 106–111.
9. Lawrence a kol. – Současná chirurgická diagnostika a léčba, Grada Publishing 1998, str. 783–788.
10. Bureš J, Rejchrt S a kol., Grada Publishing 2001 – Vyšetření tenkého střeva a enteroskopický atlas str. 281–295.