

· 临床经验 ·

克罗恩病膀胱瘘 3 例报告

薛 松, 魏 磊, 程 文, 葛京平, 位志峰

〔摘要〕 目的 探讨克罗恩病膀胱瘘的诊断治疗方法, 提高对克罗恩病膀胱瘘诊治的认识。方法 报告 3 例克罗恩病膀胱瘘的诊治及临床资料并复习相关文献。结果 术后随访至今治疗效果良好。结论 手术为克罗恩病膀胱瘘的首选治疗, 但不能忽视其围术期的营养支持治疗。

〔关键词〕 克罗恩病; 回肠膀胱瘘; 围术期

〔中图分类号〕 R694.13 〔文献标志码〕 B 〔文章编号〕 1672-271X(2013)01-0064-02

克罗恩病(Crohn disease, CD)是一种病因未明的胃肠道慢性透壁性炎症性病, 而克罗恩病膀胱瘘临床比较少见, 其胃肠道症状不明显, 而以泌尿系统症状为首发易引起误诊。文献报道, 克罗恩术前误诊率高达 65.2%^[1]。我科 2008 年 12 月 - 2011 年 8 月收治 3 例克罗恩病导致回肠膀胱瘘, 其中 1 例术前误诊, 现报告如下。

1 病例资料

1.1 病例 1 患者男, 21 岁。于 2009 年 10 月排尿时出现右下腹、尿道及会阴部酸胀不适, 排尿时尿中含气及粪渣, 于当地医院行尿道膀胱镜示: 膀胱右后侧壁苔藓样隆起病变, 大小约 3 cm × 4 cm × 2 cm, 未见明显瘘口, 取活检病理示: 膀胱黏膜亚急性炎。全消化道钡餐示: 膀胱小肠瘘可能。诊断为“尿路感染、回肠膀胱瘘”, 抗感染治疗后效果不佳, 转入我院, 行小肠镜示: 回盲瓣见息肉样隆起, 回盲瓣狭窄, 诊断为“克罗恩病回肠膀胱瘘”。2010 年 5 月在我院就诊给予百普力肠内营养支持治疗 1 周后行“末段回肠加部分升结肠切除 + 回结肠侧侧吻合术 + 膀胱部分切除术”, 术中见: 回盲部有约 8 cm × 6 cm × 4 cm 大小炎性肿块, 且与右侧膀胱壁及右侧腹壁形成炎性浸润, 术后病理示: “回盲部”符合克罗恩病伴肠瘘, “膀胱瘘口”示膀胱黏膜慢性炎症改变。患者随访至今无不适。

1.2 病例 2 患者女, 24 岁。2008 年 12 月因反复尿频、尿急半年就诊。尿常规示白细胞增多, 余无异常, 反复抗感染治疗效果不佳。泌尿系统超声: 膀胱后壁略强回声团块。膀胱镜检查见膀胱后壁有一乳

头状新生物, 宽基底, 取部分活检后病理提示为: “腺性膀胱炎”。遂行“经尿道膀胱新生物电切术”, 将新生物切除直至浅肌层, 病理示: “膀胱黏膜慢性炎, 肉芽组织增生”。术后 2 个月患者尿中出现食物残渣, 无肉眼血尿, 无尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状。膀胱镜检查未发现异常, 膀胱造影发现“膀胱回肠瘘”。结肠镜检查至回盲部见乙状结肠明显充血、水肿, 伴有片状浅表糜烂及圆形浅小溃疡, 少量小息肉, 于病变处取活组织做病理检查考虑“溃疡性结肠炎”或“克罗恩病”可能。追问病史, 术前偶有腹痛, 无其他明显消化道症状。患者后至外院行“回肠节段性切除、膀胱部分切除术”, 经病理证实为“克罗恩病”。术后予枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊、奥美拉唑、柳氮磺胺吡啶片及营养支持等治疗, 无吻合口瘘、尿瘘、盆腔脓肿等并发症。随访至今未见复发。

1.3 病例 3 患者女, 35 岁。因反复腹胀并排尿酸胀不适 1 年余于 2011 年 8 月就诊。患者于 2010 年 7 月出现腹胀及排尿时尿道并会阴部酸胀不适, 偶见排尿时尿中含有气泡, 于当地医院行尿道膀胱镜示: 膀胱右后侧壁乳头状隆起, 大小约 2 cm × 3 cm × 2 cm, 未见明显瘘口, 取活检病理示: 膀胱黏膜炎症改变。诊断为“尿路感染、膀胱炎”, 抗感染治疗 1 月后症状无改善并于尿中出现粪渣, 遂转入我院, 行小肠镜示: 回盲部见息肉样隆起, 回盲瓣狭窄, 诊断为“克罗恩病、回肠膀胱瘘”。2011 年 9 月给予肠内营养支持治疗 1 周后行“末段回肠加部分升结肠切除、回结肠侧侧吻合术 + 膀胱部分切除术”, 术中见: 回盲部增粗增厚, 且与右侧膀胱壁粘连, 术后病理示: “回盲部”符合克罗恩病伴肠瘘, “膀胱瘘口”示膀胱黏膜慢性炎症改变。术后患者恢复良好, 随访至今无不适。

作者单位: 210002 江苏南京, 南京军区南京总医院泌尿外科

通讯作者: 位志峰, E-mail: zhifeng999@126.com

2 讨 论

克罗恩病又称局限性肠炎、节段性肠炎,常累及肠壁全层,可在此基础上发生肠外病变,表现为与邻近脏器(如阴道、膀胱、输尿管等)粘连继而穿透形成瘘管。文献显示,克罗恩病致肠瘘发病率为 17.0%~50.0%,而 10 年内累计发病率为 33.0%,20 年后可达 50.0%;克罗恩病致膀胱瘘发病率为 2.0%~4.6%^[2],Yamamoto 等^[3]研究发现,克罗恩病是 40 岁以下膀胱肠瘘的最主要原因(75.0%),其中最常见的是回肠膀胱瘘(64.0%),其次为结肠(21.0%)与直肠(8.0%),本文 3 例均为回肠膀胱瘘。膀胱肠瘘男性较女性多见,可能与女性具有子宫作为天然屏障有关。膀胱瘘口及其病变位置主要取决于肠道原发病的部位,常出现于后壁、顶壁及三角区。

膀胱肠瘘的发病机制可分为病理性和医源性两种。其中病理性包括:①肠源性因素(占 90.0%以上,包括肠道的特异性、非特异性、急性、慢性感染,肠道恶性肿瘤,克罗恩病等);②膀胱源性因素(少见,如膀胱肿瘤、结石、异物、膀胱炎性坏疽和结核等)。此外,外伤与医源性损伤,尤其是盆腔手术、腔内操作在膀胱肠瘘中也占有相当比例。当出现气尿、粪尿、反复尿路感染及血尿时需考虑膀胱瘘,并排除以上诸因素。

目前认为,CT 及膀胱镜是回肠膀胱瘘的一线检查^[4],两者结合有助于提高诊断准确率。CT 的特异性征象是膀胱内气体影,但应排除检查前膀胱镜等器械操作,CT 检查还有助于发现膀胱内病变及膀胱内瘘口的位置。而膀胱镜能够直观病变部位的情况,临床怀疑该病的 2/3 患者能因此发现瘘孔而确诊。膀胱镜同时有助于与膀胱结石、间质性膀胱炎等疾病的鉴别^[5],并可镜下直接取部分瘘管组织进行病理检查,确定有无恶性肿瘤发生。其他影像学检查包括膀胱造影或静脉尿路造影、钡剂灌肠等,但通常情况下因膀胱瘘口的存在,膀胱不能充分充盈,同时黏膜因弥漫性炎症充血水肿或膀胱挛缩或肠道准备欠佳,膀胱肠瘘的瘘管处于闭合状态,只有瘘口一侧的压力增加才会导致瘘管开放,出现粪尿或肛门排尿,因而肠镜或膀胱镜有时不易发现瘘口,一般膀胱造影或静脉尿路造影及单纯钡剂灌肠也很难显示瘘管^[5]。

笔者认为对于存在泌尿道症状,尤其同时合并消化道症状,超声提示膀胱新生物的患者,通常情况下应尽早行盆腔 CT 及膀胱镜检查,必要时加做肠镜、钡剂灌肠、膀胱造影等,若发现有膀胱内气体影、

膀胱内瘘口、膀胱肠道显影等征象,应考虑回肠膀胱瘘的可能。对于确诊克罗恩病的患者,应密切随访,若出现有关尿路不适的主诉应联想到膀胱内瘘等尿路并发症的可能性。

在治疗上对于克罗恩病膀胱瘘还是以治疗原发病为主,除英夫利昔单抗(infliximab)和 6-巯基嘌呤(6-MP)等药物外,还应重视对患者的营养支持治疗,尤其是围术期的营养支持治疗^[6]。对 3 例进行入院评估时,发现都有不同程度的营养不良,遂对患者进行营养评估并根据患者肠功能状况给予肠内营养支持治疗,待患者营养状况改善后行手术治疗,并在术后继续给予营养支持治疗。对克罗恩病合并肠道膀胱(尿路)瘘的患者多采用将病变肠管切除并行膀胱(尿路)破损修补。而 Ferguson 等^[7]主张对病变肠管做切除,而破损膀胱不作处理,只放置导尿管做膀胱减压直至膀胱瘘口愈合。Foley 导尿管至少留置 10 d,直到影像学检查证实膀胱瘘已愈合。如瘘管影响到膀胱三角区,或存在肠道输尿管瘘,术后可发生尿路梗阻,应放置输尿管支架管。笔者认为如膀胱瘘口较小,局部感染较轻,可行一期膀胱修补。除手术治疗外,也不应忽视对患者的营养支持治疗,CD 患者因长期摄入不足、肠道炎症、肠道丢失等原因,常出现不同程度的蛋白质-能量营养不良,而手术更是大的能量消耗,营养支持不论对于克罗恩病膀胱瘘患者的一般治疗,还是围术期的处理均是十分必要的^[8]。

【参考文献】

- [1] 朱维铭,谢颖. 克罗恩病并发内瘘的外科治疗原则[J/CD]. 中华普外科手术学杂志:电子版,2010,4(4):363-367.
- [2] 黎介寿. 克罗恩病外科治疗特点[J]. 中国实用外科杂志,2007,27(3):181-182.
- [3] Yamamoto T, Keighley M. Enterovesical fistulas complicating Crohn's disease: clinicopathological features and management[J]. Int J Colorectal Dis,2000,15(4):211-215.
- [4] 朱庆强,朱文荣. 多层螺旋 CT 及消化内镜对克罗恩病诊断的价值[J]. 医学研究生学报,2011,24(2):182-186.
- [5] Gruner J, Sehon J, Johnson L. Diagnosis and management of enterovesical fistulas in patients with Crohn's disease[J]. Am Surg. 2002,68(8):714-719.
- [6] 龚剑峰,钮凌颖,虞文魁,等. 克罗恩病的围手术期营养支持[J]. 肠外与肠内营养,2009,7(4):201-208.
- [7] Ferguson GG, Lee EW, Hunt SR, et al. Management of the bladder during surgical treatment of enterovesical fistulas from benign bowel disease[J]. J Am Coll Surg,2008,207(4):569-572.
- [8] 刘兴东,嵇武,李宁,等. 外科新理念在肠道损伤救治中的应用进展[J]. 东南国防医药,2011,13(1):59-62.

(收稿日期:2012-06-08; 修回日期:2012-08-24)

(本文编辑:黄攸生)