

PAPER DETAILS

TITLE: Mesane tümörü benzeri görünümüne yol açan enterovezikal fistüllü bir Crohn vakası

AUTHORS: Zülfükar BILGE,Bilge TUNÇ,Serkan TORUN,Hakan YILDIZ,Nurettin SUNA,Yasemin Özderin ÖZİN,Nurgül SASMAZ

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/16080>

Mesane tümörü benzeri görünümüne yol açan enterovezikal fistüllü bir Crohn vakası

Enterovesical fistula in Crohn's disease causing a view similar to bladder tumor

Zülfükar BİLGE, Bilge TUNÇ, Serkan TORUN, Hakan YILDIZ, Nurettin SUNA, Yasemin ÖZDERİN ÖZİN, Nurgül ŞAŞMAZ

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

Crohn hastalığı ağızdan perianal bölgeye kadar tüm gastrointestinal sistemi tutabilen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Hastalık obstrüktif stenoza ya da fistülizan şekilde seyredebilir. Crohn hastalığında görülen fistüllerin büyük çoğunluğu perianal bölgede olur. Enterovezikal fistüller Crohn hastalığında daha nadir görülür. Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına, pnömötüri ve fekalüri gibi şikayetlere yol açarlar. Bazen de mesanede inflamatuvar kitlelere yol açabilirler. Özellikle ankilozan spondilit gibi romatolojik bir hastalık öyküsü olan hastalarda enterovezikal fistülü çağrıştıran pnömötüri ve fekalüri gibi şikayetlerin de varlığında Crohn hastalığı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Crohn hastalığı, mesane tümörü, enterovezikal fistül

GİRİŞ

Crohn hastalığı ağızdan perianal bölgeye kadar tüm gastrointestinal sistemi tutabilen ve etyolojisi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır (1). Hastalık davranışına göre non stenoza non penetran, stenoza ya da penetran olabilir (2). Fistüller en çok perianal bölgede görülmekle beraber barsaklarla, üreter, mesane, vagina ya da karın duvarı arasında da görülebilir. Crohn hastalığında fistül gelişimi için kümülatif risk 10 yıldan sonra %33, 20 yıldan sonra ise %50'dir (3). Enterovezikal fistüller tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına, fekalüri ve pnömötüri gibi ürolojik semptomlara yol açabilirler (4). Sunmak istediğimiz vaka daha önce Crohn hastalığı tanısı olmayan, mesanede ki tümör görünümü nedeniyle araştırılan bir hastadır. Hastaya yapılan sistoskopi neticesinde enterovezikal fistül tespit edilmiş olup, bu enterovezikal fistülün ayırıcı tanısının yapılmasıyla Crohn hastalığı tanısı konulmuştur.

OLGU

8 yıldır ankilozan spondilit tanısı olan 44 yaşındaki erkek hastanın, 4 aydan beri olan karın ağrısı, dizüri ve pollakü-

Crohn's disease is of unknown origin and may involve the gastrointestinal tract from the mouth to the anus. The course of this disease may be inflammatory or cause stricturing or fistulas. The majority of fistulas in Crohn's disease are in the perianal region. Rarely, fistulas in Crohn's disease can be enterovesical, which may cause urinary tract infection, pneumaturia and fecaluria. It can sometimes lead to bladder inflammatory masses. Especially in patients with a history of rheumatic disease, such as ankylosing spondylitis, and in the presence of findings suggestive of enterovesical fistula, such as fecaluria and pneumaturia, Crohn's disease should be considered.

Key words: Crohn's disease, bladder tumor, enterovesical fistula

ri şikayetleri varmış. Bu şikayetleri nedeniyle hastaneye başvuran hastada üriner sistem enfeksiyonu düşünülüp buna yönelik tedavi verilmiş; ancak şikayetlerinde belirgin bir düzelme olmaması üzerine yeniden üroloji bölümüne başvurmuş. Yapılan abdominopelvik ultrasonografisi sırasında mesane tabanında 48x27x27 mm çapında hipoeikoik, mesane tümörü ile uyumlu kitle görünümü izlenmiş ve bu nedenle hastaya sistoskopi yapıp kitleden biyopsiler alınmış. Biyopsi sonucu malignite içermeyen, inflamatuvar değişiklikler olarak raporlanmış. Bunun üzerine sistoskopi yeniden tekrar edilmiş. İkinci sistoskopi sırasında mesanede fistül ağzı olabilecek 0.5 cm'lik bir açıklığın saptanması ve hastanın şikayetlerine pnömötüri ve fekalüri gibi şikayetlerin de eklenmesi sonucu hastada gastrointestinal sistem ile ilişkili bir fistül olabileceği düşünülerek hastanemize gönderilmiş. Hasta, kliniğimizde değerlendirildikten sonra yapılan endoskopik incelemelerde terminal ileumda kaldırım taşı görünümü ve fistül ağzı, çekum ve çıkan kolonda ise aftöz ülserler izlendi. Yapılan görüntülemelerde dilate enterovezikal fistül (Resim 1) ve dilate ince barsakların (Resim 2) saptanması üzerine cer-

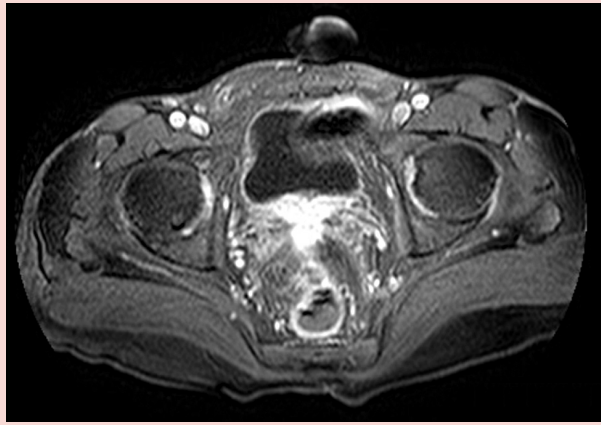
İletişim: Zülfükar BİLGE

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği,

Sıhhiye, Ankara, Türkiye

Tel: + 90 312 306 10 00

Geliş Tarihi: 24.12.2012 • **Kabul Tarihi:** 26.12.2012



Resim 1. Enterovezikal fistül



Resim 2. Crohn hastalığında dilate incebarsaklar

rahi açıdan değerlendirildi. Hasta opere edildi, ileoçekal rezeksiyon ve enterovezikal fistül onarımı yapıldı. Rezeke edilen dokunun histopatolojik incelemesinde non kazeifiye granülom yapısı ve Crohn hastalığını düşündüren değişiklikler saptandı. Hastaya postoperatif rekürrensi önlemek amacıyla azotioprin 2 mg/kg dozunda başlandı ve takibe alındı.

TARTIŞMA

Crohn hastalığı ürogenital sistemi sıklıkla etkileyebilen kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Crohn hastalığında en fazla perianal bölgede olmak üzere bir çok bölgede fistüller görülebilir. Enterovezikal fistüller diğer fistüllere göre nisbeten daha az görülür. Yapılan çalışmalarda Crohn hastalarında enterovezikal fistül saptanan hastaların oranı %2-8 arasında bulunmuştur (5). Enterovezikal fistülü olan hastaların yaklaşık %80-90'ında tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, fekalüri, pnömötüri ve hematüri gibi semptomlar görülür (4). Bazen de bizim hastamızda olduğu gibi mesanede tümör benzeri inflamatuvar kitlelere yol açabilirler (6,7). Yapılan bir çalışmada Crohn hastalığında üriner sisteme olan fistüllerin büyük çoğunluğunun ileum (%64'ü) ile mesane (%88'i) arasında olduğu görülmüştür. Yine enterovezikal fistüllerin tanısındaki en değerli yöntemin sistoskopi olduğu tespit edilmiştir (8). Enterovezikal fistüller medikal ya da cerrahi olarak tedavi edilebilirler. Medikal tedavide immünosupresif ilaçlar kullanılır, ancak başarı şansı cerrahi tedaviye göre daha düşüktür. Cerrahi tedavi ile daha iyi sonuçlar elde edilmiş olup postoperatif fistül nüksü düşük bulunmuştur (9-11). Cerrahide yapılan teknik hastalıklı barsak segmentinin rezeksiyonu ve mesanedeki fistülün primer olarak kapatılmasını içerir. Bizim hastamızda da fistül ileum ile mesane arasında görüldü. Ultrasonografide kitle tespit edilen hastaya sistoskopi yapıldı ve fistül orifisi görüldü. Daha sonra yapılan endoskopik incelemelerde barsaklarda Crohn hastalığını düşündüren değişikliklerin olduğu görüldü. Hastaya cerrahi operasyon planlandı, sonra da opere edilerek ileoçekal rezeksiyon yapıldı, mesanedeki defekt primer olarak onarıldı. Hastaya postoperatif nüksü önlemek amacıyla azotioprin 2mg/kg dozunda başlandı. Bilinen Crohn hastalığı olan birinde bahsedilen semptomların da olmasıyla enterovezikal fistüllerin tanısını koymak kolaydır. Ancak bu hastada olduğu gibi inflamatuvar barsak hastalığı tanısı olmayan ve mesanede kitle nedeniyle araştırılan bir hastada Crohn hastalığı tanısını koymak zor ve zaman alıcı olabilir. Özellikle ankilozan spondilit gibi romatolojik bir hastalık öyküsü olan hastalarda enterovezikal fistülü çağrıştıran pnömötüri ve fekalüri gibi şikayetlerin de varlığında Crohn hastalığı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8. Edition, Chapter 108. P:2459-90.
2. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol* 2005;19 Suppl A:5-36.
3. Schwartz DA, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology* 2002;122:875-80.
4. Randall D, Tittle V, Wright G, Blanshard C. Crohn's disease and enterovesical fistulae: common things are common. *Br J Hosp Med (Lond)* 2010;71:530-1.
5. Pechan J, Pindak D, Lutter I, et al. Enterovesical fistulas in Crohn's disease. *Bratisl Lek Listy* 2007;108:307-8.
6. Benchekroun A, el Alj HA, Zannoud M, et al. Enterovesical fistula secondary to Crohn's disease manifested by inflammatory pseudotumor of the bladder. *Ann Urol (Paris)* 2003;37:180-3. Article in French.
7. Yamamoto M, Ando T, Kanai S, et al. Enterovesical fistula due to Crohn's disease masquerading as bladder tumor. *Hinyokika Kiyo* 1986;32:1141-3.
8. Solem CA, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, et al. Fistulas to the urinary system in Crohn's disease: clinical features and outcomes. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2300-5.
9. Chebli JM, Gaburri PD, Pinto JR. Enterovesical fistula in Crohn's disease. *Lancet* 2004;364:68.
10. Yamamoto T, Keighley MR. Enterovesical fistulas complicating Crohn's disease: clinicopathological features and management. *Int J Colorectal Dis* 2000;15:211-5; discussion 216-7.
11. Manganiotis AN, Banner MP, Malkowicz SB. Urologic complications of Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2001;81:197-215.