临床研究 文章编号:0253-3626(2010)09-1442-02

膀胱结肠瘘临床诊治分析

何卫阳,苟 欣,王 明,邓远忠,汤召兵
(重庆医科大学第一附属医院泌尿外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨膀胱结肠瘘的诊治方法,提高其诊治水平。方法:回顾性分析 6 例膀胱结肠瘘患者的诊治资料。男性 5 例,女性 1 例。病因为结肠癌 4 例、结肠憩室炎 2 例。临床主要表现为粪尿、气尿及反复尿路感染。通过 CT 确诊 4 例、膀胱镜确诊 2 例、膀胱造影确诊 1 例。6 例全部行手术治疗,其中病变肠段切除一期吻合加膀胱部分切除术 2 例,膀胱瘘口外长补 1 例;一期横结肠造口、二期结肠癌根治加膀胱部分切除术 2 例;1 例结肠癌患者因肿瘤有远处转移,仅行横结肠造口术。结果:6 例随访 5 个月 ~ 3 年,平均 2.2 年。除 1 例结肠癌于术后 5 个月死于肿瘤转移外,其他患者术后生存良好,无明显术后并发症。结论:膀胱结肠瘘主要病因为肠道病变,临床表现为反复尿路感染及粪尿等,CT 三维重建为首选的检查方法,治疗以手术为主。

【关键词】膀胱瘘; 肠瘘
【中国图书分类法分类号】R694.13 【文献标识码】A 【收稿日期】2009-09-27

Diagnosis and treatment of enterovesical fistula(report of 6 cases)

HE Wei-yang, et al
(*Department of Urology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To assess the diagnosis and treatment of enterovesical fistula. *Methods*: The clinical data of 6 cases (5 men and 1 women; mean age) of enterovesical fistula were retrospectively analyzed. The etiology of fistula was intestinal malignancy in 4 cases, intestinal diverticulitis 2. The clinical features included fecaluria, recurrent urinary tract infection (UTI) and pneumaturia. Five patients (4/6) had a definite diagnosis by CT; 2 (2/6) by cystoscopy and 1 (1/3), by cystography. Among the 6 patients undergoing surgical intervention, resection of the involved bowl with one stage anastomosis and partial cystectomy was performed in 2; resection of the bowl with one stage anastomosis and repair of the fistulain 1; one—stage transverse colostomy and two stage radical colectomy with partial cystectomy in 2 and palliative proximal colostomy in 1. *Results*: One patient with palliative surgery died of tumor metastasis after operation 5 months. Five patients undergoing surgery had a better survival with no complication. *Conclusions*: The major cause of enterovesical fistula is intestinal malignancy. Recurent UTI and fecaluria are the most common symptoms. CT three-dimensional reconstruction is the prefered adjunctive examinations. Surgical intervention is the major therapeutic choice.

【Key words】Bladder fistula; Interstinal fistula

膀胱肠瘘临床少见,虽然有时症状较典型,但确诊往往困难,治疗手段的选择也存在争议。国内仅有零散报道。1998 年 6 月至 2009 年 6 月我们共收治 6 例,现将诊治经验报告如下。

1 对象与方法

1.1 临床资料

本组 6 例。男 5 例,女 1 例。年龄 38 ~ 72 岁,平均 56 岁。6 例均为膀胱结肠瘘。病因:结肠恶性肿瘤 4 例(67%),肠道憩室炎 2 例(各 23%)。临床均表现反复尿路感染、表现粪尿 5 例(50%)、气尿 1 例。6 例均常规行 B 超及 IVU 检查,结肠镜检查 3 例,均未能明确诊断。CT 检查 5 例,确诊 4 例;6 例均膀胱镜检查,确诊 2 例,2 例可疑膀胱肠瘘;膀胱造影 3 例,确诊 1 例。本组均常规行尿培养,其中 4 例为大肠杆菌,1 例为变形杆菌,另 1 例未见细菌生长。

1.2 治疗方法

6 例全部行手术治疗,其中病变肠段切除一期吻合加膀胱部分切除术 2 例,膀胱瘘口修补 1 例;一期横结肠造口、二期结肠癌根治加膀胱部分切除术 2 例;1 例结肠癌患者因肿瘤有远处转移且有不全肠梗阻的表现,仅行横结肠造口术。

2 结 果

6 例随访 5 个月 ~ 3 年,平均 2.2 年。除 1 例结肠癌于术后 5 个月死于肿瘤转移外,其他患者术后生存良好,随访无复发。无明显术后并发症。

作者介绍:何卫阳(1973-),男,主治医师,硕士,
研究方向:泌尿系肿瘤及结石的诊治。

3 讨 论

膀胱肠瘘临床少见,国内外仅有零星报道。该病最早由 Jones 于 1858 年进行了系统报道。其发病虽多为肠道疾病引起,但患者往往因气尿、粪尿及排尿刺激症状等泌尿系统表现就诊。尽管膀胱肠瘘少见,但原因多种多样。Chen[1]将病因大致分为先天性、创伤性、肿瘤性、炎性及其他因素等 5 类。Mcbeath 等[2]对 12 年中 76 例膀胱肠瘘患者进行回顾性研究,发现憩室炎、恶性肿瘤是最常见的病因,2%的肠道憩室炎将出现该并发症,结肠癌患者中 15 例出现癌肿组织与膀胱壁黏连并形成瘘道,并有 6 例患者因该病状而就诊[3]。近年来报道[1]恶性肿瘤所致膀胱肠瘘占 92%,呈绝对优势,而医源性损伤和放疗位居第二,应引起重视。我国台湾学者报道 41 例膀胱肠瘘中,由恶性肿瘤引起者达 38 例(93%)[4]。本组 6 例中恶性肿瘤导致者 4 例,由结肠憩室炎导致者 2 例。膀胱肠瘘膀胱瘘口位置多位于膀胱底部,而瘘口在肠道的位置与病因有关。由于结肠尤其是乙状结肠是肿瘤和憩室炎好发部位,乙状结肠膀胱肠瘘最为常见。

膀胱肠瘘患者往往因尿路症状而首先就诊于泌尿外科。反复性泌尿系感染、终末气尿、粪尿等症状最常见,其他表现有消化道症状、腹部或盆部疼痛、脓尿、血尿、尿痛、排尿困难、睾丸肿胀及肛门漏尿等;最近包括 Nitin[5]共报道 3 例患者的主要症状表现为反复发作的附睾炎。应该强调:相当一部分患者并不表现气尿、粪尿等特异性症状,即使出现,也应与坏疽性膀胱炎等鉴别;当出现难治性尿路感染时应考虑到该病发生的可能。查体对于诊断和选择治疗的意义不大[6],仅部分患者表现腹部压痛和触及肿块。本组 6 例中 5 例以粪尿为主诉就诊,1 例表现为气尿,其中 2 例有反复尿路感染病史。

本病的诊断手段较多,多需联合应用以明确诊断。目前认为 CT 是最有确诊价值的检查手段。文献报道 CT 诊断准确率为 60% ~ 100%,CT 诊断膀胱肠瘘特有的征象是膀胱内有气体影,但应排除膀胱镜等器械操作后所致的气体残留。此外,CT 还可以同时判定病因。Andersont 报道[7]对于复杂性膀胱肠瘘,三维 CT 重建检查能有效地对其复杂情况作出正确评价。本组患者 5 例行 CT 三维重建检查,其中 4 例患者得到确诊。膀胱镜对了解膀胱腔内病变及膀胱内瘘口的位置有重要价值,确诊率 >1/3[8]。本组 6 例均行膀胱镜检查,2 例发现瘘口,2 例发现膀胱内有漂浮的粪渣。膀胱镜结合 CT 检查,可以提高诊断准确率,应作为疑诊膀胱肠瘘的一线检查。单纯钡剂灌肠对膀胱肠瘘的诊断价值有限,本组 3 例仅 1 例确诊,但利用 Bourne 试验可显著提高检出率。Bourne 试验是在钡剂灌肠后立即收集尿液标本,将离心后的尿沉渣作 X 线检查,若沉渣中含有钡剂则可确诊。Amendola 等[9]报道Bourne 试验诊断膀胱肠瘘的准确率可高达 90%。结肠镜可大致了解肠腔内病变。本组有 3 例患者行结肠镜检,但均未能发现明显瘘口。

膀胱结肠瘘一般均需手术治疗。主要是切除病变肠管或其他病变组织。目前尚无较统一的手术方式,应根据原发病的病因和程度、有无肠道外或盆腔脓肿、肠道有无梗阻及其程度、患者全身营养情况等方面选择不同手术方案。Moss 报道[3]正确选择手术适应证,Ⅰ期手术疗效好且无严重并发症。若不具备上述条件,尤其病因为晚期肿瘤或放射性病变、炎症广泛或存在复杂膀胱肠瘘时,由于手术困难,应采用分期手术方法;全身营养状况差、严重的糖尿病或存在肠梗阻,晚期肿瘤不能完整摘除,可行姑息性肠改道手术[5]。

由于广谱抗生素和静脉高营养的应用,目前多数学者倾向于在充分的肠道准备下,一期病变切除加膀胱部分切除或瘘修补术,这样不仅能减少术后并发症,而且可以明显缩短患者住院时间。本组 3 例行一期手术,效果良好,随访 5 个月 ~ 3 年无明显并发症。本组 2 例行一期横结肠造口,二期结肠癌根治加膀胱部分切除术,效果良好。术中对膀胱的处理应根据病变性质及范围选择相应的措施[10]。对于良性病变所致者可采用单纯膀胱引流,瘘口修补或者膀胱部分切除,必要时可运用带蒂的大网膜修补肠膀胱瘘,可以有效地控制局部炎症,防止尿外渗,从而减少瘘道复发;如为恶性肿瘤所致,则应作膀胱部分切除或全切。最近 Nitin[5]报道通过内镜注射纤维蛋白胶来封闭瘘口的尝试(主要针对高危患者的良性病变),但目前尚未获成功,这可能也是一个极具前景的治疗方向。本组 4 例行膀胱部分切除,1 例做瘘口修补。膀胱结肠瘘预后与原发病因性质密切相关,多数良性病变可治愈,预后好,晚期癌肿引起者易复发。

参 考 文 献

[1] Chen W S, Hsieh J H, Jiang J K, et al. Enterovesical fistula: 10 years experience[J]. Chin Med J, 1997, 59(2): 283–288.

[2] Mcbeath R B, Bottaccini M R, Schiff M, et al. A 12-year experience with enterovesical fistulas[J]. Urology, 1994, 44(5): 661–665.

[3] Moss R L, Ryan J A. Management of enterovesical fistulas [J]. Am J Surg, 1990, 159(4): 514–517.

[4] Liu C H, Chuang C K, Chu S H, et al. Enterovesical fistula: experiences with 41 cases in 12 years[J]. Changgeng Yi Xue Za Zhi, 1999, 22(4): 598–603.

[5] Nitin B, Ankur L, Jason B, et al. Diverticular colovesical fistula presenting as recurrent epididymoorchitis[J]. Infectious Diseases in Clinical Practice, 2008, 16(2): 122–123.

[6] Walser A C, Klotz T, Schoenenberger A, et al. Fifty years of faecaluria and pneumaturia[J]. Br J Urol, 1999, 83(4): 517–521.

[7] Anderson G A, Goldman I L, Mulligan G W, et al. 3-dimensional computerized tomographic reconstruction of colovesical fistu1as[J]. J Urol, 1997, 158(8): 758–795.

[8] Daniels I R, Bekdash B, Scott H J, et al. Diagnostic lessons learnt from a series of enterovesical fistulae[J]. Colorectal Dis, 2002, 4(6): 459–462.

[9] Amendola M A, Agha F P, Dent T L, et al. Detection of occult colovesical fistula by the Bourne test [J]. AJR Am J Roentgenol, 1984, 142(4): 715–718.

[10] 荆翌峰,夏术阶,孙宏斌,等.膀胱肠瘘诊断治疗 12 例报告[J].中华泌尿外科杂志 2006, 27(10): 691–694.

(责任编辑:冉明会)