

سیستیت آمفیزماتوز: یک بیماری غیرمعمول سیستم ژنیتوبیوریناری که در گرافی مورد توجه قرار گرفت.

دکتر حسین کرمی^۱، دکتر علیرضا رضایی^۲، دکتر بابک جوانمرد^۳، دکتر ایرج رضایی^۴، دکتر مجتبی محمد حسینی^۵

تاریخ دریافت ۸۷/۰۲/۰۹، تاریخ پذیرش ۸۷/۰۹/۰۶

چکیده

سیستیت آمفیزماتوز ناشی از وجود هوا در حفره و جدار مثانه می باشد که در سنین میان سالی و در زنان دیابتیک شایع می باشد بیماران با عفونت های مزمن، کاتترهای مجرا طولانی مدت، انسداد و خروجی سیستم ادراری یا مثانه نروژنیک که مستعد کننده عفونت های مشکل دار می باشند، در معرض خطر هستند. بیمار گزارش شده آقای ۷۱ ساله ای با تب و درد شکم و علائم ادراری به صورت تکرار ادرار و دیزوری مراجعه می کند. طی بررسی های به عمل آمده جهت بیمار تشخیص سیستیت آمفیزماتوز به علت ارگانیسم E.coli داده شد، بیمار تحت درمان درمان تجربی با سفتریاکسون وریدی قرار گرفت سپس براساس آنتی بیوگرام با سیپروفلوکساسین خوراکی درمان ادامه یافت.

کلید واژه ها: سیستیت آمفیزماتوز، دیابت، عفونت ادراری

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیستم، شماره اول، ص ۷۰-۶۷، بهار ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: بخش اورولوژی بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن تماس: ۰۹۱۸۸۱۱۰۷۱۴

Email:alirezazaei54@yahoo.com

مقدمه

هوا در داخل سیستم ادراری می تواند به علت دستکاری سیستم ادراری، فیستول روده به مثانه، عفونت نکروزان بافتی یا عفونت باشد. عفونت های مولد گاز یا شرایط آمفیزماتوزی سیستم ادراری تحدید کننده حیات می باشند و نیاز به ارزیابی و اقدامات درمانی سریع دارند.

سیستیت آمفیزماتوز جدای از عفونت مشکل دار سیستم تحتانی می باشد که خصوصیات بارز آن وجود هوا در حفره و جدار مثانه می باشد. این بیماری در سنین میان سالی و در زنان دیابتیک شایع می باشد، بیماران با عفونت های مزمن، کاتترهای مجرا طولانی مدت، انسداد و خروجی سیستم ادراری یا مثانه نروژنیک که مستعد کننده عفونت های مشکل دار می باشند، در معرض خطر هستند (۱). خصوصیات بارز دیگر سیستیت آمفیزماتوز پنوماتوزی می باشد. با توجه به خصوصیت بد بیماری و تهدید حیات، این بیماری یکی از اورژانس های پزشکی محسوب می شود

و بیمار باید سریعاً تحت درمان قرار گیرد. ما در این مقاله به گزارش یک مورد سیستیت آمفیزماتوز می پردازیم.

گزارش مورد

آقای ۷۱ ساله ای با تب و درد شکم از یک هفته قبل از بستری به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند. وی علائم ادراری به صورت تکرار ادرار و دیزوری را از یک ماه قبل ذکر می کند که اخیراً تشدید یافته است. در سابقه پزشکی وی سیلیکوزیس، بیماری کرونری قلبی، هیپرتانسیون و دیابت (تحت درمان با گلی بن کلامید) وجود دارد.

در معاینه فیزیکی وی هر چند توکسیک نیست ولی تب دهانی 38.5°C ، PR = ۸۴ در دقیقه، mm/Hg 130/75 BP. شکم وی در ناحیه سوپراپوبیک تندرینس دارد. صداهای روده ای طبیعی است و ارگانومگالی وجود ندارد سایر معاینات نکته قابل توجهی نداشت.

^۱ استادیار اورولوژی، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

^۲ دستیار اورولوژی، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران (نویسنده مسئول)

^۳ دستیار اورولوژی، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

^۴ دستیار اورولوژی، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

^۵ دستیار اورولوژی، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

بیمار با تشخیص سیستیت آمیبوزماتو تحت درمان تجربی با سفتریاکسون وریدی قرار گرفت. درناژ ادراری با سوند مجرا برقرار شد. همزمان قند خون بیمار با چک گلوکز خون و تزریق انسولین رگولار زیر جلدی کنترل گردید. ظرف ۴۸ ساعت بعد درمان کلیه علائم بیمار برطرف گردید. گرافی ساده شکم ۴ روز بعد از شروع درمان (شکل ۲) کاهش قابل توجه گاز را در دیواره مثانه نشان داد. در کشت ادرار بیمار E.coli رشد نمود و بیمار براساس آنتی بیوگرام با سیپروفلوکساسین خوراکی ترخیص شد.

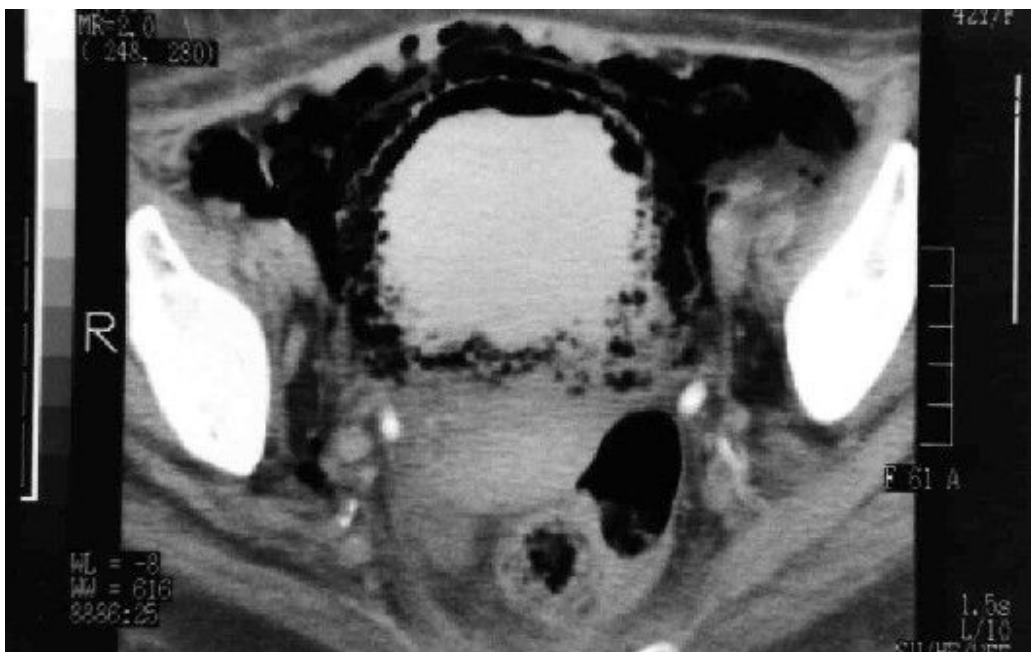
اطلاعات آزمایشگاهی WBC 24000 cell/mm³, glucose 380 mg/dl, Cr 1.9 mg/dl, WBC= many, RBC= many, protein positive, glucose positive, Bact= many, 20-30 K,Na, Hb در محدوده نرمال بودند. در گرافی ساده شکم به عمل آمده (شکل ۱) باریکه‌ای از هوا به شکل گرد در محل مثانه مشخص شد. سی تی اسکن لگن وجود گاز در جدار مثانه را نشان داد (شکل ۳).



شکل شماره (۲): گرافی ساده شکم ۴ روز بعد از درمان



شکل شماره (۱): گرافی ساده شکم



شکل شماره (۳): سی تی اسکن بیمار

بحث و نتیجه گیری

وجود گاز در سیستم ادراری برای اولین بار در سال ۱۶۷۱ در یک مردی که به صورت هوا در ادرار توضیح داده شد (۲). وجود هوا در دیواره مثانه در انسان و حیوان که طی اتوپسی‌های انجام‌های شده توسط Bailey در سال ۱۹۶۱ به‌عنوان سیستیت آمفیزماتو نامیده شد (۳). سیستیت آمفیزماتو به‌صورت تپیک با استفاده از رادیوگرافی تشخیص داده می‌شود. از آنجایی که تصویربرداری به‌صورت روتین برای بیماران UTI صورت نمی‌گیرد ممکن است عفونت‌های آمفیزماتو تشخیص داده نشوند (۴).

تظاهر کلینیکی سیستیت آمفیزماتو متفاوت می‌باشد. بیماران می‌توانند بدون علامت باشند یا این‌که به صورت علائم تحریکی یا پنومواری (وجود هوا در ادرار) در حین ادرار کردن رخ دهد یا به‌صورت شکم حاد با علائم سپسیس رخ دهد. حتی مواردی از این بیماری که فقط با هماچوری گراس تظاهر یافته نیز گزارش شده است (۵) در طی بررسی‌های به‌عمل آورده ۷٪ از بیماران سیستیت آمفیزماتو بدون علامت می‌باشند و به صورت اتفاقی طی بررسی‌های تصویربرداری شکمی برای بررسی سایر علل تشخیص داده شده‌اند. ارگانسیم‌های متفاوتی در این بیماری نقش دارند که مهم‌ترین آن‌ها E.Coli می‌باشد. که ۸۹٪ از عفونت‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. ارگانسیم‌های دیگر نیز شامل:

C. tropicalis, candida albicans, proteus mirabilis, P.aeruginosa, K.pneumoniae, Enterococcus paecalis, Groupd streptococcus, staphylococcus, Aspergillus, Ct. welchic, clostridium perfringens, Enterobacter aerogenes

بیمارانی که دچار دیابت ملیتوس، مثانه نوروزنیک، عفونت‌های مکرر سیستم ادراری و انسداد ادراری ثانویه به انسداد خروجی مثانه (BOO) می‌باشند بیشتر دچار عفونت‌های ادراری مشکل دار می‌شوند.

دیابت بیمار را مستعد به عفونت‌های ادراری مشکل دار می‌کند به‌عنوان مثال آبسه کلیه و اطراف کلیه عفونت‌های قارچی، پیلونفریت گزارتوگراولوماتوز و عفونت‌هایی که منجر به تولید گاز می‌شوند (۶). علت شکل گاز در بیماری سیستیت آمفیزماتو را به تخمیر گلوکز توسط ارگانسیم‌های فوق نسبت می‌دهند (۷). بیماران غیردیابتی نیز ممکن است دچار عفونت‌های آمفیزماتو سیستم ادراری شوند (۸). در بین بیماران دیابتی خانم‌ها ۳ برابر نسبت به آقایان مستعد تر به عفونت‌های مشکل دار سیستم ادراری می‌باشند (۶). و در این بیماران انسیدانس باکتریوری بالا می‌باشد. در خانم‌های دیابتی ۱۹٪ و در خانم‌های غیر دیابتی ۸٪ از طرفی تفاوتی در میزان باکتریوری در مردان دیابتی و غیردیابتی مشاهده نشده است (۹). و طی گزارشات به‌عمل آمده در بیماران سیستیت

آمفیزماتو ۷۱٪ از بیماران خانم دیابتیک بوده‌اند و تنها ۵۹٪ از بیماران سیستیت آمفیزماتو مرد بوده‌اند. در کل ۳٪ بیماران سیستیت آمفیزماتو گزارش شده دیابتیک بوده‌اند که ۶۴٪ این‌ها را زنان تشکیل می‌دهد (۱۰). انسیدانس دیابت ملیتوس در بیماران سیستیت آمفیزماتو بالا می‌باشد و نسبت زن به مرد ۲ به یک می‌باشد (۱۱).

سیستیت آمفیزماتو را با استفاده از رادیوگرافی، دید مستقیم با لیتوسکوپ، در حین لاپاراتومی یا پاتولوژی بافت که از بیوپسی مثانه به‌عمل آمده، می‌توان تشخیص داد. اغلب اوقات با استفاده از رادیوگرافی ساده شکم تشخیص داده می‌شود که شایع‌ترین روش برای تشخیص می‌باشد و طی گزارش‌های به‌عمل آمده ۸۶٪ از بیماران با این روش تشخیص داده شده‌اند. سی تی اسکن در ۴۰٪ از این بیماران به‌عمل آمده است. این روش دقت بیشتری برای تشخیص نیاز دارد و گسترش بیماری به بافت‌های اطراف را به خوبی نشان می‌دهد (۱۲). و از طرفی با استفاده از سی تی اسکن می‌توان فیستول مثانه به کولون، آبسه‌های داخل شکمی، بیماری‌های بدخیم همراه و سایر پاتولوژی‌ها را تشخیص داد (۱۳). درمان سیستیت آمفیزماتو وابسته به شدت بیماری می‌باشد. عموماً درمان به‌صورت تجویز آنتی بیوتیک، درناژ مثانه، کنترل قند و اصلاح بیماری‌های زمینه‌ای دیگر. آنتی بیوتیک‌های وسیع الطیف باید از همان ابتدا شروع شود، طی گزارش‌های به‌عمل آمده ۹۰٪ از بیماران تنها با آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی با موفقیت درمان شده‌اند. برخی از بیماران به آنتی‌بیوتیک تنها جواب نمی‌دهند و این بیماران دچار عفونت‌های شدید تکرزان شده‌اند که نیاز به پاراشیل سیستکتومی یا سیستوستومی یا دبریدمان جراحی پیدا می‌کنند که این موارد ۱۰٪ را شامل می‌شود (۱۴). حتی مواردی از سیستیت آمفیزماتو که به‌صورت توتال مثانه دچار نکروز شدید شده و نیاز به توتال سیستکتومی بوده نیز گزارش شده است (۱۵) در کل میزان مرگ و میر ناشی در سیستیت آمفیزماتو ۷٪ می‌باشد (۱۴). و این رقم پایین نیز به‌خاطر تشخیص سریع و درمان‌های مدیکال انجام شده می‌باشد.

سیستیت آمفیزماتو توانایی آن را دارد که به سیستم ادراری فوقانی گسترش پیدا کند که در این صورت میزان مرگ و میر افزایش پیدا می‌کند به‌طوری که این میزان به ۱۴٪ می‌رسد.

در نهایت سیستیت آمفیز یک بیماری وسیع نسبتاً شایع مولد گاز در سیستم ادراری می‌باشد و این بیماران باید از نظر دیابت و سایر عللی که می‌تواند بیمار را در معرض خطر این بیماری قرار دهد باید مورد ارزیابی قرار گیرند. زمانی که سیستیت آمفیزماتو برای بیمار تشخیص داده شد توصیه ما بر این است که از سی تی اسکن جهت ارزیابی بیشتر استفاده شود تا از وسعت و شدت بیماری

آن کاسته شود و در صورتی که بیمار دچار عفونت‌های نکروزان شود باید هر چه سریع‌تر تحت دبریدمان وسیع جراحی قرار گیرد.

اطلاعات لازم به‌دست آید. تشخیص سریع و درمان سیستیت آمفیلماتو خیلی مهم می‌باشد تا از میزان مرگ و میر و موربیدیتی

References:

1. Patel NP, Lavengood RW, Fernandes M, Ward JN, Walzak MP. Gas-forming infections in genitourinary tract. *Urology* 1992;39:341-5
2. Bailey H. Cystitis emphysematosa; 19 cases with intraluminal and interstitial collections of gas. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1961;86:850-62
3. Taussig AF. Pneumatouria with report of a case. *Boston Med Surg J* 1907;156: 769-74
4. Rocca JM, McClure J. Cystitis emphysematosa. *Br J Urol* 1985;57: 585
5. Chang CB, Chang CC. Emphysematous cystitis: A rare cause of gross hematuria. *J Emerg Med* 2008; 6(11):68.
6. Patterson JE, Andriole VT. Bacterial urinary tract infections in diabetes. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11: 735-50
7. Ferraro A, Pastori G, Favaro E, Marcon R, Lazzarin R, De Luca M. Pneumatouria in a hemodialyzed diabetic. Case report. *G Ital Nefrol* 2008; 25(5):570-3.
8. Yang WH, Shen NC. Gas-forming infection of the urinary tract: an investigation of fermentation as a mechanism. *J Urology* 1990;143: 960-4
9. Kass EH. Asymptomatic infections of the urinary tract. *Trans Assoc Am Physicians* 1956;69:56-64
10. Holesh S. Gas in the bladder. Cystitis emphysematosa. *Clin Radio* 1969; 20:234-6
11. Ellenbogen PH, Talner LB. Uroradiology of diabetes mellitus. *Urology* 1976;8:413-9
12. Grayson DE, Abbott RM, Levy AD, Sherman PM. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. *Radiographics* 2002;22: 543-61
13. Jarrett TW, Vaughan ED Jr. Accuracy of computerized tomography in the diagnosis of colovesical fistula secondary to diverticular disease. *J Urology* 1995;153:44-6
14. Michaeli J, Mogle P, Perlberg S, Heiman S, Caine M. Emphysematous pyelonephritis. *J Urology* 1984;131:203-4
15. Rindom AB, Gudnason HM, Thind PO. Emphysematous cystitis with total necrotization of the bladder. *Ugeskr Laeger* 2008 17;170(47):3876.