

»Att vissla med snoppen« – en följd av kolovesikal fistel

Ovanlig diagnos som är lätt att missa

LENNART DIMBERG, docent, specialistläkare,
Slottsbergskliniken, Västra Frölunda
Ldimberg@aol.com

Normalt är urinvägarna separerade från tarmkanalen, men förbindelse kan uppstå vid ofullständig separation under embryologisk anläggning, av infektioner, inflammatoriska tillstånd, cancer, skada eller som iatrogen olyckshändelse vid kirurgi. En fistel är en förbindelse mellan två epidermala ytor, och en tarm–urinblåsefistel kan baserat på ingående tarmsegment vara kolovesikal, rektovesikal, ileovesikal eller appendovesikal [1].

Den första kända beskrivningen av en kolovesikal fistel gjordes av Rufus av Efesus år 100 e Kr, där en man överlevde 12 år med en sådan sjukdom [2]. Frekvensen av fistlar hos patienter med divertikelsjukdom anges vara 2–4 procent [3]. Vid luft i urinen bör man alltid misstänka en kolovesikal fistel, som oftast är orsakad av divertikulit (50–70 procent), eller cancer, men orsaken kan också vara en fistel mellan tunntarm och blåsa, till exempel vid Crohns sjukdom [3, 4].

Livmodern fungerar som barriär

I en amerikansk studie analyserades alla patienter med kolovesikal fistel som opererats under perioden 1980–1991. Det rörde sig om 76 patienter; 51 män och 25 kvinnor mellan 28 och 84 år med en medelålder på 62 år [4]. I samtliga studier refererade i denna artikel var majoriteten av patienterna män. Detta förklaras med att livmodern fungerar som en fysisk barriär mot fistelutveckling i distala kolon [4]. Tiden från symtom till upptäckt var enligt en annan amerikansk studie 1–12 månader [3]. Enligt en dansk uppföljning av 28 patienter opererade för vesikointestinal fistel var motsvarande tid mycket längre, upp till 8 år [5]. Orsaken var divertikulit för 16 patienter (57 procent) och koloncancer för 4 (14 procent). Studien redovisade urinvägsinfektion hos 20 av 23 (87 procent) patienter. Upptäckt skedde genom cystoskopi och bariumkontrastkolografi.

I en litteraturoversikt konstateras att enterovesikala fistlar är ovanliga tillstånd där över 2 av 3 patienter går med luft i urinen (pneumatURI), avföringsluk i urinen och upprepade urinvägsinfektioner [6].

Patient skröt med att kunna vissla med snoppen

I samband med författandet av denna fallbeskrivning berättade en kollega om en patient med kolovesikal fistel som skröt med att han kunde en vissla med snoppen. PneumatURI anges patognomont för kolovesikal fistel, men undantag finns beskrivna, till exempel i en fallbeskrivning där en ryggmärgsskadad patient hade kvarstående pneumatURI orsakad av urinvägsinfektion av gasbildande Klebsiella pneumoniaebakterier [7, 8]. Återkommande urinvägsinfektioner hos män bör alltid bli fö-

»Vid luft i urinen bör man alltid misstänka en kolovesikal fistel ...«

remål för urologisk utredning. Multidetektordatorcystografi (MDCT) rekommenderas för säkraste diagnostik [9].

Etisk hänsyn

Patienten har läst och godkänt texten i artikeln.

FALLBESKRIVNING

Fallet rör en 70-årig man; en rökfri, deltidsarbetande, normalbyggd och vältränad kiropraktor. Patienten hade astma, hypertoni och hyperkolesterolemi men var i övrigt frisk. Mannen sökte mig i maj 2011 för en förstoppning och viktnedgång på 3–4 kg, men var för övrigt pigg och positiv. Han misstänkte själv tjocktarmscancer. Bukstatus var normalt, men han var uttalat dunköm över båda njurloger, blodtrycket var 124/70 mm Hg och prostata var normalstor. Laboratoriemässigt sågs en B-ESR (SR) på 20 mm, B-Hb på 122 g/l och ett S-kreatinin på 116 µmol/l samt S-PSA på 1,0 µg/l. Urinprovet visade mikrohematuri och mikroalbuminuri men var i övrigt invändningsfritt. Patienten misstänktes ha nefrit. Remiss gick för njurmedicinsk bedömning där kvantifiering av albumin i urinet visade en utsöndring av normala 59 mg/l, och patienten bedömdes inte vara aktuell för vidare njurmedicinsk utredning. Datortomografi (DT-urografi) visade sigmoideumdivertiklar och några 3–5 cm stora cystor i båda njurarna, men i övrigt hittades inget ovanligt.

Efter normal rektoskopi remitterades patienten i juni 2011 för koloskopi för att utesluta koloncancer. I svaret angavs »tämigen spastisk sigmoideum med divertiklar«, men inget övrigt avvikande.

Sökte igen för ledvärk i axeln

I november 2011 sökte patienten igen, då med SR på 50 mm och B-LPK lätt förhöjda, $10,0 \times 10^7/l$, och klagade över ledvärk i vänster axel. Bukstatus var normalt, men han behandlades ex juvantibus för divertikulit med ciprofloxacin, och vid kontroll i mitten av december hade SR gått ner till 25 mm och axeln förbättrats.

I mitten på januari 2012 återkom han med förnyad smärta i vänster axel samt även i vänster fotled, som nu var rejält svullen och värmeökad och med SR ånyo på 50 mm. På misstanke divertikulit insattes nu doxycyklin. Då patienten vid något tillfälle rapporterat makroskopisk hematuri fick han remiss också för cystoskopi som genomfördes av urolog i januari 2012, med normalfynd.

I mitten av februari klagade han över tilltagande ledvärk i handleder, fotleder och knäleder. Statusmässigt sågs då ingen ledsvullnad eller värmeökning. Laboratoriemässigt notera-

SAMMANFATTAT

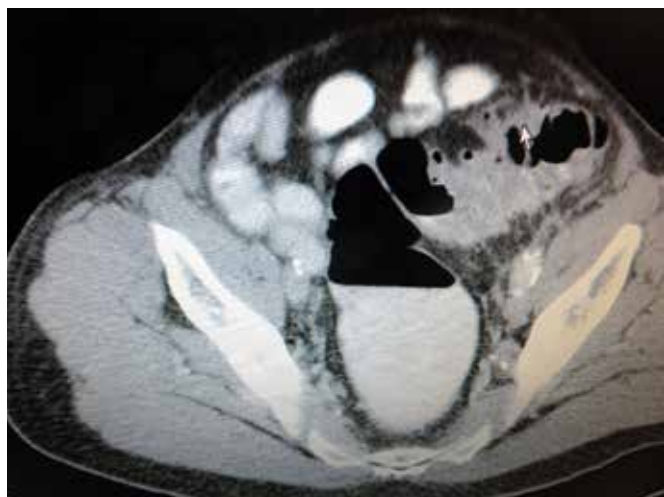
Tarm–urinblåsefistlar är ovanliga tillstånd i öppen vård och beror oftast på divertikulit. Frekvensen fistlar hos patienter med divertikelsjukdom rapporteras vara 2–4 procent.

Luft i urinen (pneumatURI), fekal urin och återkommande

urinvägsinfektioner är typiska symtom.

Tid från första besök med symtom till diagnos tycks variera mellan 1–12 månader.

Denna fallbeskrivning illustrerar hur svår diagnosen kan vara att ställa.



Figur 1. Datortomografi av buk med kontrast intravenöst, per os och per rektum. Det ses flera små blåsor i fettväven intill sigmoideum som är nytillkomna. Tolkas som täckt perforation. I blåstaket ventralt och cirka 1 cm till vänster om medellinjen ses en väggförtjockning med en liten central defekt innehållande en gasblåsa. Området ligger an mot det inflammerade sigmoideumpartiet. Luft ses ventralt inuti urinblåsan. Bild som vid kolovesikal fistel.

des positivt nitrittest, urinodling med signifikant mängd *E coli*, SR 110 mm, B-Hb 109 g/l, S-kreatinin 104 g/l, S-ALAT 0,26 µkat/l samt ett flertal negativa reumatologiska prov. Patienten klagade över att han haft luftblåsor i urinen. Efter samråd med den kirurg som koloskoperat patienten bedömdes att han sannolikt hade en kolovesikal fistel. En DT-undersökning av buken med kontrast gav i mitten av mars 2012 diagnosen kolovesikal fistel.

Helnöjd patient efter operation

Patienten opererades i början av juni med sigmoideumresektion och primär anastomos. Någon abscess sågs inte. Preoperativt vägde han 68 kg och hade en SR på 150 mm.

Vid återbesök i slutet av augusti hade all ledvärk försvunnit, kroppsvikten hade gått upp till 77 kg och SR gått ner till 18 mm. Övriga värden var också förbättrade: B-LPK $6,5 \times 10^9/l$, B-Hb 120 g/l, S-kreatinin 110 µmol/l. Förstoppningen var borta och patienten var helnöjd. Vid senaste besöket hos mig i oktober 2014 var vikten 81 kg, SR 8 mm och Hb 156 g/l.

DISKUSSION

Det tog 10 månader från första läkarbesök till diagnos och ytterligare 3 månader till operation.

REFERENSER

- Basler J, Kamerer A, Sresthadatta-Fenton A. Colo-vesical fistula. *Emedicine*. 15 maj 2005 [citerat 23 mar 2015]. <http://www.arabmed-mag.com/issue-15-05-2005/urology/main03.htm>
- Rufus av Efesos. *De renum et vesicae morbis* (Über die Nieren- und Blasenleiden). Tysk övers A Sideras [citerat 23 mar 2015]. Berlin: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Corpus Medicorum Graecorum; 1977. http://cmg.bbaw.de/epubl/online/cmg_03_01.html
- Najjar SF, Jamal MK, Savas JF, et al. The spectrum of colo-vesical fistula and diagnostic paradigm. *Am J Surg*. 2004;188(5):617-21.
- McBeath RB, Schiff M Jr, Allen V, et al. A 12 year experience with enterovesical fistulas. *Urology*. 1994;44(5):661-5.
- Krogh J, Ruge S, Hempel Sparsø B. Diagnostisering och behandling av vesikointestinal fistel. *Ugeskr Laeger*. 1989;151(1):11-3.
- Golabek T, Szymanska A, Szopinski T, et al. Enterovesical fistulae: aetiology, imaging and management. *Gastroenterol Res Pract*. 2013;2013:617967.
- Tanagho Y, Mobley J, Benway B, et al. Gas-producing renal infection presenting as hematuria: a case report. *Case Rep Med*. 2013;2013:730549.
- Garcea G, Majid I, Sutton CD, et al. Diagnosis and management of colovesical fistulae; six-year experience of 90 consecutive cases. *Colorectal Dis*. 2006;8(4):347-52.
- Tonolini M, Bianco R. Multidetector CT cystography for imaging colovesical fistulas and iatrogenic bladder leads. *Insights Imaging*. 2012;3(2):181-7.
- Toivanen A. Bacteria triggered reactive arthritis. *Drugs*. 2001;61(3):343-51.

»... 7 av 18 patienter som inte opererades hade dött ett år efter uppföljningen.«

Det är troligt att patientens huvudsakliga besvär åtminstone inledningsvis var orsakade av hans divertikulit, som ju i frånvaro av bukstatus och trots koloskopi gick odiagnostiserad. Den dunkömhet över njurarna som noterades vid första besöket kan möjligen ha varit infektionsutlöst, och det är omöjligt att tidsmässigt fastställa när perforationen mellan tarm och blåsa inträffade. Enligt tillgängliga röntgenbilder och operationsberättelse fanns ingen abscess i området.

Sex månader efter första besöket debuterade hans ledvärk, och min gissning är att denna sammanfaller med utvecklingen av den kolovesikala fisteln, som sannolikt var fullt utvecklad i samband med att urinvägsinfektionen diagnostiserades 9 månader efter hans första besök, då han också hade generell ledvärk. Alternativt var ledvärken huvudsakligen associerad med divertikuliten [10].

I den största undersökningen av kolovesikala fistlar som funnits i PubMed betonas betydelsen av att diagnostisera och behandla dessa; 7 av 18 patienter som inte opererades hade dött ett år efter uppföljningen [8].

Lätt att missa trots omfattande utredningar

Under drygt 30 års allmänmedicinsk verksamhet är detta min första patient som diagnostiserats med kolovesikal fistel. Med tanke på hur många patienter med divertikulitbesvär och urinvägsinfektioner som diagnostiseras på en allmänläkarmottagning, kan man undra hur många tarm-urinblåsefistlar som missas.

Sänkan som sjukdomsmått är ju ett omstritt och ospecifikt test, men följde denna gång väl den kliniska bilden med ledvärk och viktnedgång. Trots omfattande och välmotiverade utredningar hittades inte rätt diagnos förrän patienten rapporterade att han kissat luft. I efterhand berättade även den sjuksköterska som testat patientens urin att denna hade luktat »som avföring«, information som eventuellt hade kunnat leda till tidigare diagnos.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Per-Olof Hasselgren, Boston, USA, har bidragit med kritisk granskning samt hjälp till med litteratursökning och -genomgång. Svante Malmgren, Göteborg, ställde diagnosen för patienten. Peter Fogelstam granskade röntgenbilderna. Christopher Pickering har språkgranskat den engelska sammanfattningen.*