

# Pretrvávajúca leukocytúria u 17-ročného chlapca ako prvý prejav Crohnovej choroby

MUDr. Katarína Kušíková, MUDr. Michal Kubina, MUDr. Iveta Čierna, PhD., prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH  
Detská klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou v Bratislave

Enterovezikálne fistuly sú relatívne zriedkavé u pacientov s Crohnovou chorobou. Uvádžeme unikátny prípad dieťaťa, u ktorého bola enterovezikálna fistula prvým prezentujúcim prejavom ochorenia. Prípad upozorňuje na dôležitosť uvažovať o tomto zriedkavom prejave Crohnovej choroby ako príčiny symptómov zo strany močového traktu u dieťaťa so slabým prospievaním.

**Kľúčové slová:** Crohnova choroba, enterovezikálna fistula, iniciálna manifestácia

## Persistent leucocyturia in 17-year-old boy as the first manifestation of Crohn's disease

Enterovesical fistulae are relatively rare in Crohn's disease. We report a unique case of a 17 years old boy with an enterovesical fistula occurring as the first manifestation of disease. This case points out the need to be aware of the rare but important occurrence of Crohn's enterovesical fistula as a cause for urinary symptoms in a child with inadequate weight gain.

**Key words:** Crohn's disease, enterovesical fistula, initial manifestation

Pediatr. prax, 2016, 17(6): 261–262

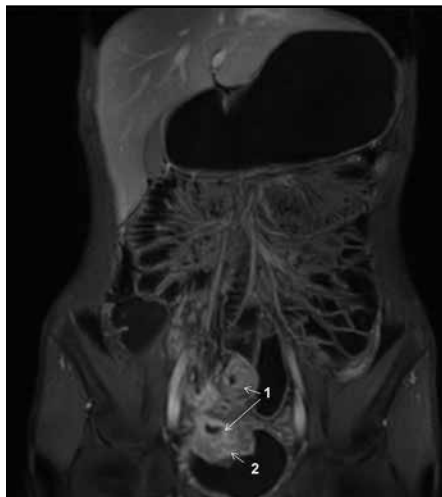
### Kazuistika

17-ročný chlapec bol odoslaný z rajónnej nemocnice pre pol roka pretrvávajúcu leukocytúriu a bakteriúriu. Počas celého tohto obdobia bol afebrilný, zápalová aktivita bola zvýšená (CRP do 87 mg/l, bez poklesu na normálnu hodnotu). Mal dyzurické ťažkosti, občas sa sťažoval na bolesti brucha a bolesti v lumbálnej oblasti. Napriek opakovanej antibiotickej liečbe (sultamicilínom, cefuroximom, nystatínom a gentamicínom) pretrvávala bakteriúria (*E. coli* – ESBL, *K. pneumoniae* – ESBL) a leukocytúria.

Pri prijatí na našu kliniku bol chlapec objektívne nižšieho veku (-2,7 SDS výšky), hypotrofičný (BMI: 17 kg/m<sup>2</sup>), s úbytkom hmotnosti 4 kg za posledné 2 mesiace. Pri vyšetrení udával palpačnú bolestivosť v pravom hypogastrii a v suprapubickej oblasti. Pri dôkladnej anamnéze chlapec priznal intermitentné epizódy frekventných riedkych stolíc so spontánnou úpravou. V minulosti bol dvakrát hospitalizovaný na kožnej klinike pre erythema nodosum predkolení bez zistenej vyvolávajúcej príčiny. Ako 12-ročný bol vyšetrený endokrinológom pre znížený rast s odporúčením pátrať po organickej príčine ťažkostí.

Počas vyšetrenia na klinike sa zistila sideropenická anémia, CRP bol zvýšený (50 mg/l), bola prítomná leukocytúria a mierna proteinúria (++) renálne funkcie boli v medziach referenčných hodnôt. Kultivačné vyšetrenie moču bolo negatívne. Na sonografickom vyšetrení boli obe obličky bez patologických zmien, ale močový mechúr bol z ventro-kraniálnej strany utláčaný konvolútom črevných kľučiek. Vzhľadom na vysokopozitívne hodnoty kalprotektínu v stolici

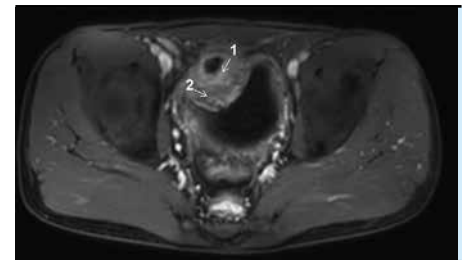
**Obrázok 1.** MRI obraz – koronárny rez brušnou dutinou so zobrazením zhrubnutej steny ilea (1), deformovaná stena močového mechúra (2)



(1 265,4 ug/g) bolo vykonané sonografické vyšetrenie čreva po adekvátnej príprave pacienta, ktoré odhalilo zvýraznenú vaskularizáciu steny čreva v ileocékálnej oblasti a v hypogastrii konvolút črevných kľučiek, terminálne ileum so zhrubnutou stenou do 5 mm s mezenterálnou lymfadenopatiou, čo podporilo náš predpoklad o nešpecifickom zápale čreva.

U chlapca bolo vyslovené podozrenie na Crohnovu chorobu s možnou fistuláciou hrubého čreva do močového mechúra. Podozrenie definitívne potvrdilo kolonoskopické vyšetrenie s makro- aj mikroskopickým obrazom Crohnovej choroby postihujúcej cékum a terminálne ileum. MR enterografia (obrázok 1 a 2) odhalila zápalovo zhrubnutú stenu časti terminálneho ilea, s útlakom močového mechúra, s abscesom v jeho stene a fistulami do

**Obrázok 2.** MRI obraz – transverzálny rez brušnou dutinou so zobrazením zhrubnutej steny ilea (1), deformovaná stena močového mechúra a reaktívne zhrubnutie jeho steny (2)



močového mechúra. U pacienta bola následne vykonaná resekcia terminálneho ilea s plastikou močového mechúra a nasadená antibiotická liečba a liečba základného ochorenia.

Došlo k poklesu zápalovej aktivity a normalizácii močového nálezu.

### Diskusia

Postihnutie urogenitálneho traktu je u dospelých aj detských pacientov s Crohnovou chorobou dobre dokumentované (1). Medzi inými bol opísaný vznik fistúl, obličkových kameňov, sekundárnej hydronefrózy z útlaku, nefrolitiázy, amyloidózy a abscesu skróta (2). Nami referovaný prípad upozorňuje na zriedkavú príčinu leukocytúrie následkom enterovezikálnej fistuly (EV) u dieťaťa s neprimeraným prospievaním.

Enterovezikálne fistuly sa vyskytujú u 2 – 5 % pacientov s Crohnovou chorobou (3). Zvyčajne vznikajú pri transmuralnej fisúre postihnutej kľučky čreva (najčastejšie ilea alebo sigmoidea). Zvyčajne spájajú lúmen čreva s močovým mechúrom, boli však referované aj prípady s fistulou do uretry resp. do ureteru. Ku klinickým manifestáciám patrí pneumatúria a dyzúria a asi u tretiny

pacientov sa referovali opakované infekcie močových ciest a fekalúria (2).

Podľa väčšiny predchádzajúcich správ vzniká EV až o 2,5 – 4 rokov po diagnóze Crohnovej choroby (3). Výnimočnosť referovaného prípadu spočíva v tom, že EV a následná leukocytúria bola prvou klinickou manifestáciou tejto choroby. Obdobný priebeh bol podľa našich vedomostí opísaný v dostupnej literatúre iba v jedinej predchádzajúcej publikácii (4).

Cystoskopia umožňuje vizualizáciu fistuly, s typickým „bulóznym edémom“ obklopeným lokálnymi zápalovým lemom s polypmi. Na CT a MRI sa znázorňujú príslušné črevné kľučky so zápalovými zmenami a tiež vzduch v močovom mechúre.

Medikamentózna liečba EV fistuly pri Crohnovej chorobe spočíva v podávaní imunosupresívnej terapie so súčasťou antibiotickou liečbou a optimalizáciou výživy. Vo väčšine doteraz referovaných prípadov sa definitívne riešenie dosiahlo chirurgickou resekcii fistuly, najmä v detskom veku (5). Novšie sa uvádzajú priaznivé výsledky liečby infliximabom, chimerickou monoklonálnou protilátkou proti TNF- $\alpha$  (6).

### Literatúra

1. Sawczenko A, Sandhu BK. Presenting features of inflammatory bowel disease in Great Britain and Ireland. *Arch Dis Child.* 2003;2013:995–1000.
2. Simoneaux SF, Patrick LE. Genitourinary complications of Crohn's disease in pediatric patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;2013:197–9.

3. Wade G, Zaslau S, Jansen R. A review of urinary fistulae in Crohn's disease. *Can J Urol.* 2014; 21:7179–84.
4. Cullis P, Mullassery D, Baillie A, Corbett H. Crohn's disease presenting as enterovesical fistula. *BMJ Case Rep.* 2013; 2013: bcr2013201899. Published online 2013 Nov 18. doi: 10.1136/bcr-2013-201899
5. Pechan J, Pindak D, Lutter I, Weibl P, Bernadic M, Bakos E. Enterovesical fistulas in Crohn's disease. *Bratisl Lek Listy.* 2007;108:307–8.
6. Teitelbaum JE, Saeed S, Triantafyllopoulou M, et al. Infliximab in pediatric Crohn disease patients with enterovesicular fistulas. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007;2013:279–82.

---

**MUDr. Katarína Kušíková**

Detská klinika LF UK a DFNSP  
 Limbová 1, 833 40 Bratislava  
 kusikova.katarina@gmail.com

---