

Sistemik lupus eritomatoz ve mesane tutulumu: Bir olgu sunumu

Systemic lupus erythematosus and bladder involvement: A case report

Zülfü Sertkaya, Metin Öztürk, Orhan Koca, M.İhsan Karaman

Haydarpaşa Numune Eğt. ve Araş. Hastanesi, 2. Üroloji Kliniği, İstanbul

Geliş tarihi (Submitted): 03.04.2012

Kabul tarihi (Accepted): 28.05.2012

Yazışma / Correspondence

Dr. Zülfü Sertkaya
Barbaros Mah. Özlem Sitesi C Blok
No:13 Üsküdar - İstanbul
Tel: 0533 257 20 50
E-mail: zlsertkaya@gmail.com

Özet

Sistemik Lupus Eritomatoz (SLE) birçok organ ve sistemi tutabilen otoimmün hastalıktır. Mesane tutulumu ve semptomları ise nadir görülür. SLE mesanede mukoza tutulumu ile sistit; nörolojik tutulum ile nörojenik mesane veya obstrüktif üropatojilere neden olur. SLE nedeniyle 12 yıldır takipli, düzensiz kortikosteroid kullanımı olan, 2 ayda 3 defa akut idrar retansiyonu gelişen, yapılan basınç akım çalışmasında obstrüktif üropatoloji saptanan, bu nedenle transüretral sonda takılarak yoğun kortikosteroid tedavisi sonrası şikayetleri düzelen olgu sunuldu.

Abstract

Systemic Lupus Erythematosus(SLE) is an autoimmune disease that can involve many organs and systems. Bladder involvement and symptoms are rare. In SLE mucosal involvement cause cystitis and with neurological involvement causing obstruction and neurogenic bladder. We report the patient who followed for SLE about 12 years, irregular usage of corticosteroids, was developing acute urinary retention 2 months 3 times, obstruction identified with pressure-flow study, treated with a transurethral catheter and intensive corticosteroid therapy.

Giriş

Sistemik Lupus Eritomatoz (SLE) birçok organ ve sistemi etkileyen otoimmün bir hastalık grubudur. Mesane tutulumu ile lupus sistiti ve nörojen mesane gelişebilir ve bu olgular daha çok Asya kaynaklı bildirilerde sunulmuştur [1].

Klinik olarak alt üriner sistemde irritatif semptomlara, hidronefroza ve obstrüktif üropatilere neden olabilir. Mesane tutulumunun gastrointestinal şikayetlerle birlikteliği sıktır. Obstrüktif üropatilere yönelik erken tedavi önemlidir. Erken tedavi ile hidronefroz ve buna bağlı ortaya çıkacak böbrek yetmezliğinin önüne geçilebilir [1,2]. Ayrıca SLE mesane disfonksiyonuna neden olarak sık üriner sistem enfeksiyonuna neden olmaktadır [2,3].

Olgu Sunumu

Akut idrar retansiyonu ile polikliniğimize başvuran 31 yaşında kadın hasta, hikayesinde 12 yıldır SLE nedeniyle takip edilmiş ve düzensiz kortikosteroid kullanımı

mevcut. Hastaya, son 2 ay içerisinde 3 defa akut idrar retansiyonu nedeniyle üretral kateter takılmış ve üretral kateterinin olmadığı dönemlerde şiddetli dizüri, kesik kesik işeme, tam boşaltamama ve sık idrara çıkma şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın başvuru sırasında yapılan muayenesinde malar rash, karın cildinde strialar, yaygın karın ağrısı ve suprapubik hassasiyet tespit edildi.

Yapılan tetkiklerinde kreatinin değeri 0.57 mg/dl, tam idrar tahlilinde mikroskopide 1 eritrosit ve 17 lökosit görüldü. Tam kan sayımında WBC değeri 12 bin, Hb değeri 11.2 g/dl ve Plt değeri ise 260 bin idi. Ultrasonografik incelemede bilateral grade 1 hidroüreteronefroz, mesanede yaygın duvar kalınlık artışı (6 mm), glob vezikal tespit edildi. Hastaya transüretral foley kateter takılarak 500 ml kadar idrar boşaldığı görüldü ve takibe alındı. Yapılan basınç akım çalışmasında hasta 95 cmH₂O basınç ile 5 ml/sn akım ile ıknarak 232 ml işediği gözlemlendi (Resim 1). Bu değerler obstrüksiyon lehine değerlendirilerek üretral ka-

teterin 3 hafta kalmasına karar verildi (Resim 2).

Hastaya yapılan sistoskopide ise mesane tabanı ve karşı duvarında hiperemik alanlar gözlemlendi. Hiperemik alanlardan punch biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonucu sistit olarak raporlandı.

Hasta romatoloji bölümüyle konsülte edilerek kortikosteroid tedavisi yeniden düzenlendi. Üç hafta yoğun kortikosteroid tedavisi sonrasında kontrole çağrılarak üretral kateteri alındı. Ultrasonografide her iki böbrek ve üreterlerin doğal, mesanede yaygın duvar kalınlaşması (4 mm) olduğu görüldü. Yaklaşık 400 ml işenen serbest üroflovetride tepe akım hızı 21 ml/sn, ortalama akım hızı 14 ml/sn idi. Rezidüel idrar miktarı ise 15 ml olarak tespit edildi.

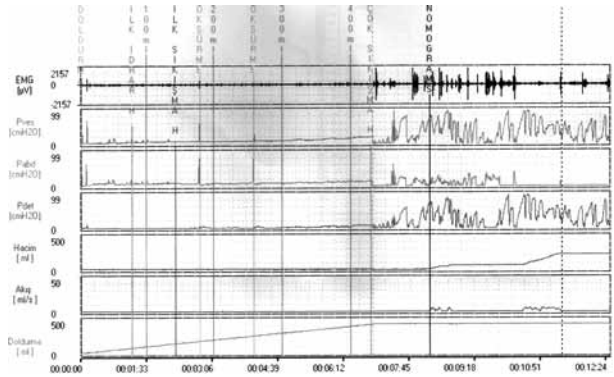
Hasta 3 ay sonra kontrole çağrılarak ve kortikosteroid dozu ayarlanarak taburcu edildi.

Tartışma

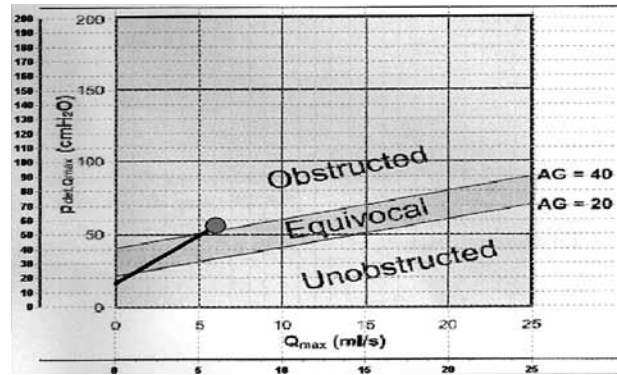
SLE özellikle cilt, eklem, böbrek ve serozal dokuları tutan, birçok organ ve sistem tutulumu ile seyreden sistemik otoimmün bir bağ doku hastalığıdır. Kadınlarda erkeklere göre 10 kat daha fazla görülür [4]. SLE’de mesane tutulumu ise oldukça nadir görülür. Mesanede immün kompleks birikimi sonucu klinik olarak ortaya çıkan interstisyel sistit insidansı % 1-2 olarak bildirilir [5,6]. SLE’de mesane tutulumu etyolojik olarak bakteriyel sistit, tedavide kullanılan ilaçların yan etkisine, dokuda immün kompleks birikimine ve mesane sinirlerinin tutulumuna bağlı olabilir [6]. Olgumuzun hikayesinde idrar yolu enfeksiyonu bulunmamaktadır.

Otopsi çalışmalarında; Alarcon-Segovia ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarda 35 hastanın 16’sında mesanede histolojik değişikliğin olduğu ve 11’inde interstisyel sistit geliştiği bildirilmiştir [7]. Bu bulgular eşliğinde SLE’de mesanenin histolojik tutulumunun bilindiğinden çok daha sık olduğu söylenebilir.

Yu ve arkadaşları; SLE’li ve kontrol grubunu karşılaştırdıkları bir çalışmada işeme sıklığı, ani sıkışma, noktüri, tam boşalamama, sık idrara çıkma, kesik kesik işeme ve işemeye başlamada güçlük gibi şikayetlerin SLE grubunda daha sık olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca American Urological Association (AUA) indeks skoru ve hayat kalitesi (QoL) skoru kullanılarak kıyaslanmış ve SLE’li hastalarda her iki skorun da daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu veriler arasında sadece AUA indeks skoru



Resim 1: Sistometriye normosensitif, normokompliyan, normal kapasiteli mesane; normal kapasiteli, stabil detrusör. BAÇ’de 95 H2O basınçta 5 ml/sn akımla 232 ml idrar yapılmıştır.



Resim 2: BAÇ Siroky tablosunda veriler obstrüksiyon lehine alanda yer almıştır.

ru ve sık idrara çıkma şikayetleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur [8].

Uzun süreli üriner ve gastrointestinal şikayetleri bulunan ve birlikte diğer majör bulguları olan olgularda SLE’nin üriner sistem tutulumu akla getirilmelidir. Akitake ve arkadaşları uzun süren daire şikayeti bulunan aynı zamanda akut böbrek yetmezliği ve pollaküri şikayetleri ile başvuran hastada yapılan incelemeler ile SLE tanısı koymuşlardır. Bizim olgumuzda da olduğu gibi oral prednizolon tedavisi ile şikayetlerinde gerileme ve kreatinin değerlerinde düşme görülmüştür [11].

29 SLE’li hastanın videoürodinamik incelemesinde 14 hastada düşük mesane kapasitesi, hipersensitivite ve rezidü idrarın fazla oluşu gibi anormal bulgular saptanmıştır. Bu hastaların sadece 1’inde inhibe edilemeyen kontraksiyonlar görülmüştür [8]. Bizim hastamızda da olduğu gibi hastaların bir kısmında depolama ve iritativ semptomlar ve pelvik ağrı nedeniyle ortaya çıkan kontrakte mesane

neye bağlı hidroüreteronefroz görülebilir [5]. Hatta Kelly ve arkadaşları SLE'li bir olguda sonuçta radikal sistektomi yapılmış büyük bir mesane inflamatuvar myofibroblastik tümörü olgusu bildirmişler [10].

Mesane tutulumu görülen SLE'li hastalarda ishal, bulantı-kusma ve karın ağrısı gibi gastrointestinal şikayetler sıklıkla birlikte görülür. Min ve arkadaşları, yapmış olduğu taramada mesane tutulumu olan SLE'li 5 olgunun tamamında gastrointestinal şikayetlerin eşlik ettiği bildirilmiştir [9]. Bizim hastamızda da tekrarlayan karın ağrısı, kronik konstipasyon ve oral aftlar mevcuttu.

Mesane tutulumu sonucu ortaya çıkan lupus sistitininde kortikosteroid (KS) tedavisi etkilidir. Erken tedaviye başlanması bu etkinliği artırmaktadır [6]. Hastaya uygulanacak yoğun prednizolon tedavisi ile mevcut tablo kısa sürede gerilemektedir. Hastamızda düzensiz takipler ve yetersiz ilaç kullanımı nedeniyle mevcut tablonun geliştiği göz önüne alındığında, ve yoğun KS ile tablonun dramatik düzeldiği düşünüldüğünde düzenli ilaç kullanımının ne kadar önemli olduğu görülmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak SLE'de mesane tutulumu bilinenden sık görülür ancak ciddi klinik yansımaları oldukça nadir görülür. Hastaların almış olduğu tedaviler semptomlarda iyileşmeye neden olur. Erken tanı ile iyileşme çok daha dramatik olabilir.

Kaynaklar

1. Kinoshita K, Kishimoto K, Shimazu H. Two cases of lupus cystitis with no bladder irritation symptoms. *J Intern Med* 2008; 265:1477-9
2. Duffy KN, Duffy CM, Gladman DD. Infection and disease activity in systemic lupus erythematosus: a review of hospitalized patients. *J Rheumatol* 1991; 18:1180-1184
3. Haarala M., Alanen A., Hietarinta M., Kiilholma P. Lower urinary tract symptoms in patients with Sjögren's syndrome and systemic lupus erythematosus. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunc.* 2000; 11(2):84-6.
4. Edworthy SM. Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus. In: Rudy S, Harris ED, Sledge CB, editors. *Kelly's textbook of rheumatology*. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2001; p.1105-23
5. Weisman MH, McDonald EC, Wilson CB. Studies of pathogenesis of interstitial cystitis, obstructive uropathy and intestinal malabsorption in a patient with systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1981; 70:875-81
6. Koike T, Takabayashi K. Lupus cystitis in the Japanese. *Intern Med* 1996; 35:87-8

7. Alarcon-Segovia D, Abud- Mendoza C, Reyes-Gutierrez E, Iglesias-Gamarra A, Diaz- Jouanen E. Involvement of urinary bladder in systemic lupus erythematosus: a pathologic study. *J Rheumatol* 1984; 11:208-10
8. Hong-Jeng Y, Wei-Chai L, Kuang-Lun L, Mao-Yuan C, Cheng-Yuan C, Jun C. Voiding dysfunction in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism* 2004; 50:166-72
9. Min JK, Byun JY, Lee SH, Hong YS, Park SH, Cho CS, Kim HY. Urinary bladder involvement in patients with systemic lupus erythematosus: with review of the literature. *Korean J Intern Med.* 2000; 15(1):42-50
10. Kelly AH, Melissa RK, Justin MC, Sam SC. Inflammatory myofibroblastic tumor of the urinary bladder in 27-year-old woman with systemic lupus erythematosus. *Int J of Urol* 2008; 15:182-84
11. Akiteka R, Nakase H, Ueno S, Miyamoto S, Iehara N, Chiba T. Involvement of lupus enteritis in a patient with lupus cystitis and nephritis. *Digestion* 2009; 80:160-164