

RENO - KOLİK FİSTÜLLER

(İki Vaka Nedeniyle)

Dr. Y. Ziya MÜFTÜOĞLU (*)
Dr. Hüseyin GÜRSOY (***)

Dr. Orhan GÖĞÜŞ (**)
Dr. Erol ÖZDİLER (****)

Üriner sistemle gastro-intestinal sistem arasında çeşitli nedenlerle meydana gelen fistüller pek nadir değildir. Ancak bunların büyük çoğunluğu veziko-intestinal fistüllerdir. Nitekim FOWLER 1928 de, 500 veziko-intestinal fistül vakası toplamıştır. Böbrekle gastro-intestinal sistem arasındaki fistüller ise daha az görülürler. Bu fistüller böbrekle mide, duodenum, ince barsak veya kolon arasında oluşabilir. Fakat bunlardan en fazla görüleni böbrekle kolon arasındaki reno-kolik fistüllerdir (1, 2, 6, 7, 8, 10). ABESHOUSE, 1949 da 5 reno-gastrik, 9 reno-duodenal fistül yanında 89 reno-kolik fistül vakası toplamıştır (1).

Önceleri daha sık görülen reno-kolik fistüller antibiyotiklerin ortaya çıkmasından sonra daha az görülür olmuştur. 1949 dan sonra da bu tip birkaç vaka yayınlanmıştır (2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10). Ülkemizde de 1975 yılında bir reno-kolik fistül vakası bildirilmiştir (4).

MATERYAL VE METOD

Materyal, 1975 yılında gördüğümüz iki reno-kolik fistül vakasıdır.

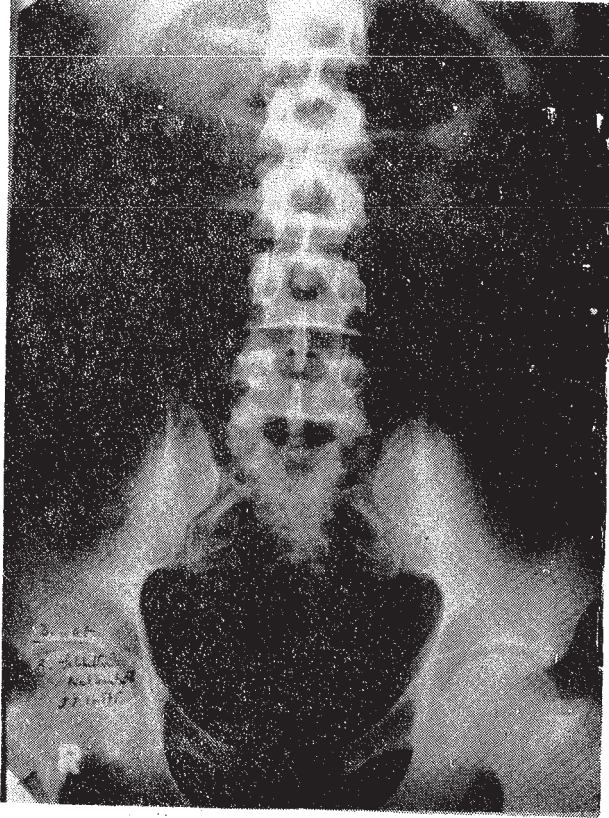
-
- * : Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Doçenti.
** : Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Doçenti.
*** : Ankara Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Profesörü.
**** : Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Uzman asistanı.

Metod; Her iki vakanın klinik, laboratuvar ve radyolojik incelemelerden sonra yapılan tedavilerinin literatürün ışığı altında değerlendirilmesidir.

Vaka : 1 — S. N. Erkek, Antakya, 1950 doğumlu, Şoför.

2 aydanberi belinin sağında künt ağrı ve 20 gün önce de dizüri, pollakiuri ile birlikte uretral yoldan yaklaşık 7-8 cm. uzunluğunda kırmızımtrak kahverengi bir parazit düşürme şikâyeti ile başvurarak hastahaneye yatırıldı. (A. Tıp Fak. Cerrahi Kl. Prot : 25396/3483 - 1975).

Öz geçmişinde : Çocukluğunda tifo ve 1965 yılında apendektomi geçirmiş.



Resim : 1

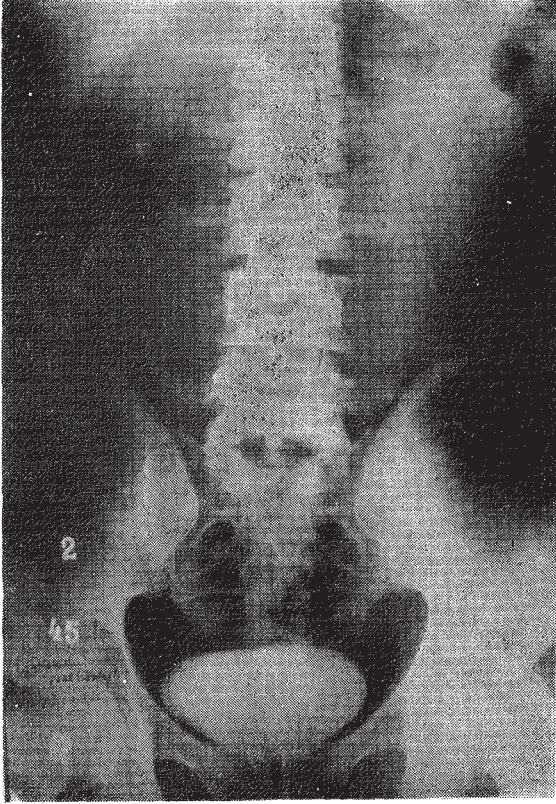
Fizik muayenede : Palpasyonla sağ kosto - lomber bölge hafif ağrılı, başka patolojik bir bulgu yok.

Laboratuvar incelemelerinde : Kan sayımı, lökosit formülü, serimantasyon, açlık kan şekeri ve kanda üre normal.

İdrar : Sarı, berrak görünümde, proteinuri ve şeker yok. Mikroskopik incelemede, 1 - 2 lökosit, 3 - 5 epitel görüldü.

Radyolojik incelemeler :

Direkt üriner sistem grafisi : Sağda 2. lomber vertebra transvers çıkıntısından 1 cm uzaklıkta 7 - 8 mm. çapında bir opasite var. Sağda böbrek sınırları belirli değil, sol normal (Resim : 1).

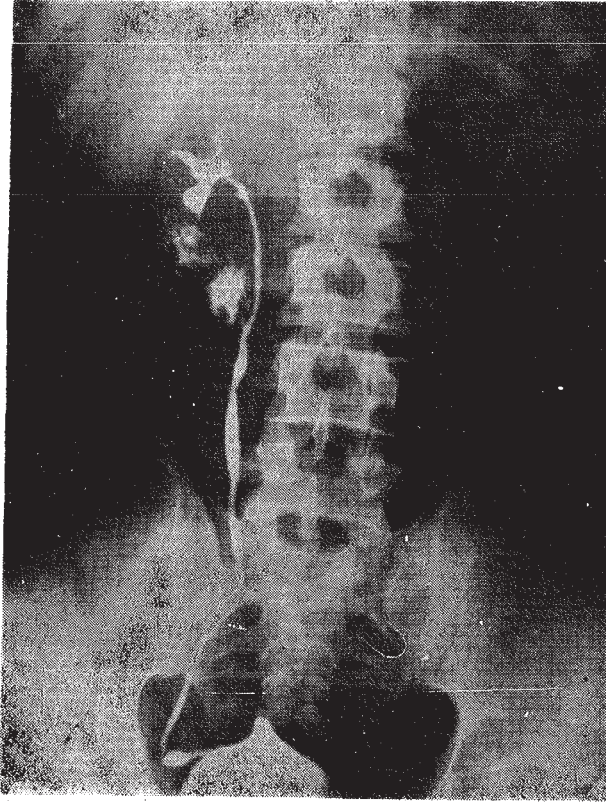


Resim : 2

Ürografi : Sağda fonksiyon yok. Sol böbrek anatomik boşlukları normal (Resim : 2).

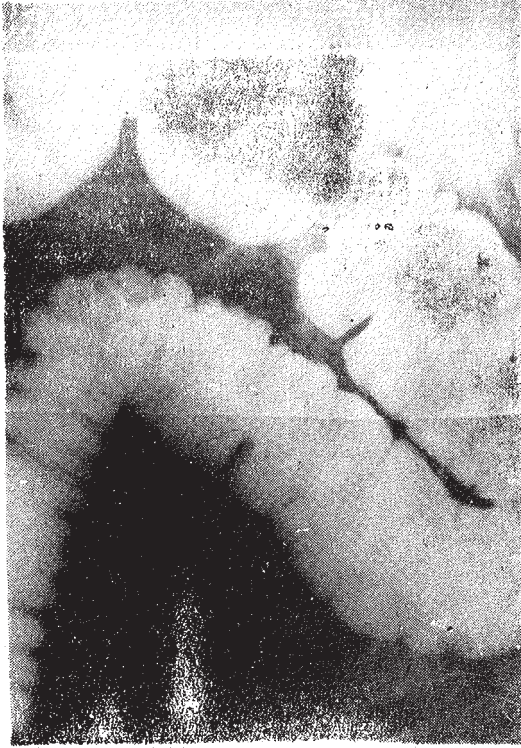
Sistoskopi : Mesane, üreter delikleri, trigon ve kollum normal.

Sağ Retrograd Pyelografi : Üretere konulan kateter 25 cm. rahatlıkla gidiyor. Kateterden verilen 5 cc. opak madde üreter, pelvis ve kalisleri doldurmuş olup, sağ böbrek ileri derecede atrofik görünümde, opak madde böbrek alt kalisinden dışarı çıkarak barsak görünümü veren bir oluşum içinde dağılmaktadır (Resim : 3).



Resim : 3

Kolon Grafisi : Opak lavmanla yapılan grafide sağ fleksura kolide hafif bir düzensizlik dışında patolojik bir bulgu yok. (Resim : 4).



Resim : 4

Akciğer grafisi : Normal

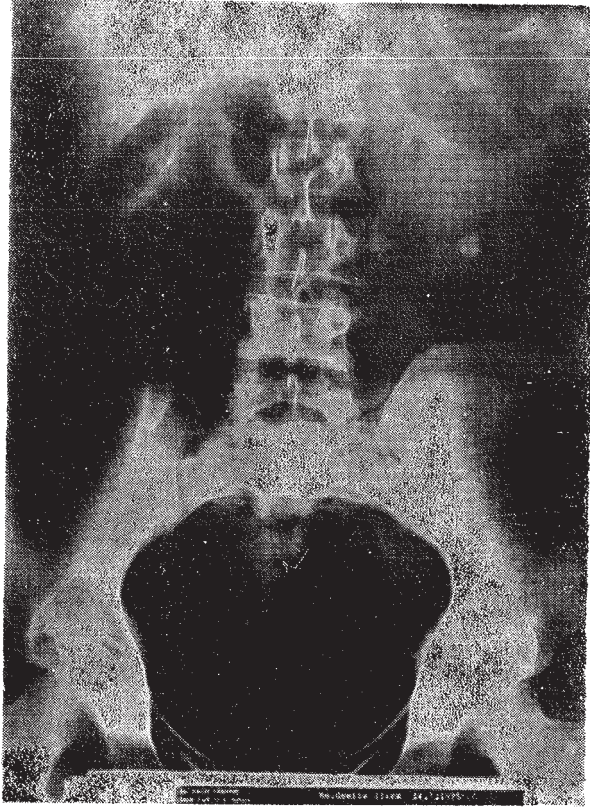
Ameliyat : Genel anestezi altında sağ klasik lomber kesi ile tabakalar açıldı. Periton perirenal bölgeye ve böbrek üzerine ileri derecede yapışık. Periton açıldığında sağ fleksura kolinin yukarıya böbrek lojuna doğru gelerek peritonla birlikte böbrek alt kutbuna yapışmış olduğu görüldü. Duodenum da böbrek ön iç yüzüne yapışmıştı. Böbrekle kolon arasındaki yapışıklık ayrılırken böbrek alt kutbu ile sağ fleksura koli arasında yaklaşık 5 mm. çapında bir fistül bulunduğu saptandı. Kolonla böbrek arasındaki yapışıklık ayrıldıktan sonra kolon-

daki fistül ağzı rezeke edilip primer sütürlerle kapatıldı. Duodenumla böbrek arasındaki yapışıklık ta ayrıldıktan sonra ileri derecede atrofik olan böbrek çıkarıldı.

Postoperatif devre normal seyretti. Hasta şifa ile klinikten ayrıldı.

Nefrektomize böbreğin anatomo-patolojik incelemesinde : kolo - renal fistüle uyan bulgular ve kronik iltihabı proçes sap-tandı. (A. Tıp Fak. Patoloji Kürsüsü, No. 84427).

Vaka : 2 — C.1. Kadın. 32 yaşında, Çerkeş.



Resim : 5

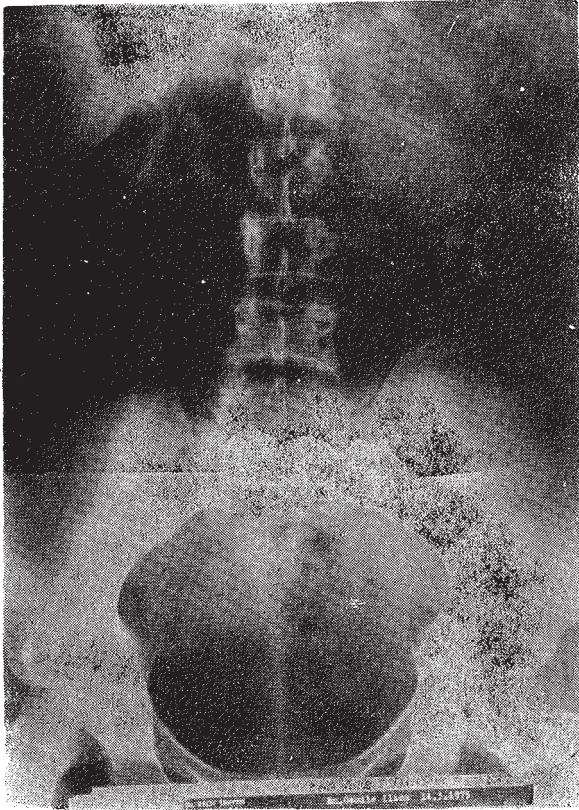
Belinin sol tarafında 2-3 yıldanberi künt ağrı, idrarının bulanık gelmesi ve halsizlik şikâyetleri ile başvurarak hastaneye yatırıldı.

Öz ve soy geçmişinde önemli bir bulgu yok.

Fizik muayenesinde, sol kosto-lomber bölgede mobil olmayan hafif ağrılı bir kitle mevcut.

Laboratuvar incelemeleri : Kan sayımında orta derecede bir anemi var ve sedimantasyon 1 saatte 38 mm.; açlık kan şekeri ve kanda üre normal.

İdrar : Bulanık sarı görünümde, proteinuri (++), şeker yok, mikroskopik incelemede, bol lökosit var.



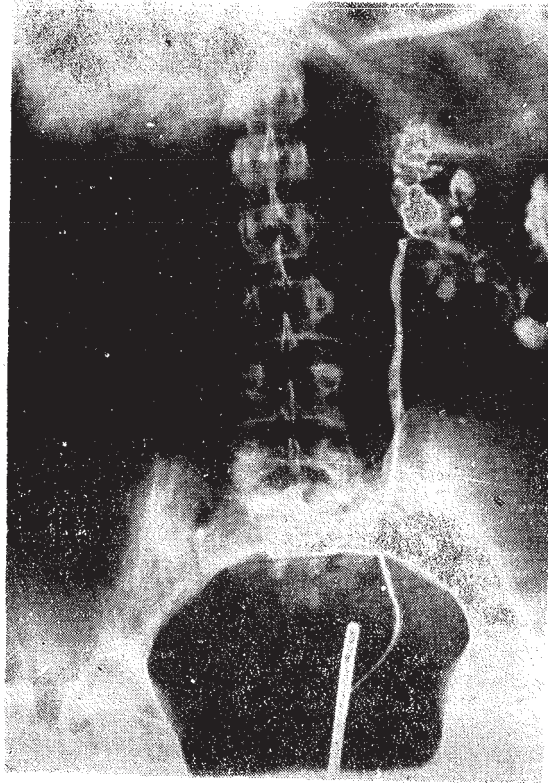
Resim : 6

Radyolojik incelemeler :

Direkt üriner sistem grafisi : Sağ böbrek sınırı belirli ve normal, solda böbrek sınırı ve psoas gölgesi seçilemiyor, ancak 3. lomber vertebra transvers çıkıntısından 2 cm. dışarda 1 cm. çapında bir opasite var (Resim : 5).

Ürografi : Sağda hafif uretero - pyelo - kalisektazi, üreter hipotonik ve yer yer bükülmeler var. Solda fonksiyon yok (Resim : 6).

Sistoskopi : Mesanede kronik sistit görünümü var, sol üreter deliğinden macun kıvamında pü gelmekte.



Resim : 7

Sol retrograt pyelografide : Kateter 25. cm. rahatlıkla gidiyor. Kateterden verilen 10 cc. opak madde böbrek anatomik boşluklarını doldurmakta, pelvis ve kalisler genişlemiş, opak madde böbrek orta kalisinden dışarı çıkarak barsak olması muhtemel bir oluşum içinde yayılmaktadır (Resim : 7).

Ameliyat : Sol klasik lomber kesi ile tabakalar açıldı. Böbrek etrafa ileri derecede yapıştı. S ol kolon böbrek ön alt yüzüne gelerek yapışmıştı. Böbrek yapışıklıklarından ayrılarak nefrektomi yapıldı.

Ameliyat sonu normal seyretti.

TARTIŞMA

Reno - kolik fistüller çeşitli nedenlerle meydana gelebilir. Ençok görülen neden böbrek ve perinefritik dokunun kronik, süpüratif, non - spesifik veya spesifik bir enfeksiyonudur (2, 6, 7, 8, 10). Enfeksiyonla birlikte primer veya çoğu zaman sekonder olarak oluşan taş hastalığı da vardır. Perinefritik bir abse cerrahi olarak boşaltılmazsa çeşitli yönlerde doğru gelişir. Çoğunlukla lomber bölgeden deriye fistülize olur. Fakat klinik bakımdan fazla belirti vermeyen ve uzun süre ihmal edilen vakalarda böbrek ve çevresinin enfeksiyonları periton ve komşu organlara yayılabilir. Özellikle bu tip vakalarda perinefritik drenajın en sık olarak meydana gelebileceği organ kolondur. Bunun nedeni kolonla böbrek arasındaki anatomik ilişkiler, yani kolonun her iki tarafta da böbrek ön alt yüzüne olan yakın komşuluğudur. Kronik enfeksiyon sonucu böbrek ve perinefritik doku ile periton ve böbrek alt yüzüne gelen kolon arasında kalın yapışıklıklar meydana gelir. Ancak böyle durumlarda reno - kolik bir fistülün oluşabilmesi, enfeksiyonun böbrek ve kolon duvarlarında erozyon ve ülserasyona sebep olması ile mümkündür (2, 3, 5, 6, 7, 10). Diğer taraftan kolondaki bir enfeksiyon veya divertikülit, böbrek veya kolon tümörleri de aynı şekilde erozyon ve ülserasyon sonucu reno - kolik bir fistül nedeni olabilir (3, 4, 9).

Sunduğumuz her iki vakada da fistül oluşumunda etyolojik neden böbrek ve perinefritik dokunun kronik non - spesifik bir

enfeksiyonudur. Birinci vakada muhtemelen uzun süre önce meydana gelen akut bir pyelonefrit böbrekte ileri derecede atrofiye sebep olarak, fonksiyonu ortadan kaldırmıştır. Fakat bu arada perirenal dokuya yayılan enfeksiyon periton ile birlikte sağ fleksura kolii de içine almış, kronik bir şekilde sessizce devam ederek böbrekle kolon arasında erozyon ve ülserasyon sonucu reno - kolik bir fistüle sebep olmuştur.

İkinci vakada ise, enfeksiyon pyonefroz şeklinde gelişmiş, perinefritik doku ile birlikte periton ve kolonun da enfeksiyona iştiraki ile fistül gelişmiştir.

Literatürde belirtildiği gibi her iki vakada da sekonder olarak taş teşekkül etmiştir.

Reno - kolik fistüllerde klinik belirtiler genellikle sinsidir (10). Hastanın hikayesinde üriner sistemle ilgili birçok şikayetler bulunabilir. Pyuri, mikroskopik hematüri, idrarda flaman ve vejetal maddeler, pnömaturi, dizuri, pollakiuri gibi miksiyon şikâyetleri, bazen intermitten kolik, sepsis, sebebi izah edilemeyen diyare görülebilir (6). Ancak pnömaturi ve idrarda vejetabl maddelerin görülmesi dışında bütün bu şikayetler reno - kolik bir fistülü düşündürecek nitelikten uzaktır. Nitekim vakalarımızdan birincisinde sağ lomber bölgede künt ağrıdan başka bu tip hiçbir şikâyet yoktu. Fakat burada literatürde rastlamadığımız idrarla parazit (askarit) düşürülmesi gibi çok önemli başka bir bulgu vardı ki üriner sistemle intestinal sistem arasında bir fistül bulunduğunu telkin ediyordu. İkinci vakada ise klinik belirtiler bütün üriner enfeksiyonlarda, özellikle pyonefrozlarda görülen belirtilere uymakta idi.

O halde reno - koli kfistüllerde kesin teşhis nasıl konabilir? Her iki vakamızda da kesin teşhis retrograt pyelografi ile sağlanmıştır. Diğer radyolojik incelemeler (direkt üriner sistem grafisi, ürografi, kolon grafisi) önemli olmakla birlikte fistülün varlığını çoğunlukla ortaya koyamamaktadır. Nitekim her iki vakada da ürografide fistül bulunan böbreklerde hiçbir fonksiyon görülmemiştir.

Reno - kolik fistüllerde tedavi vakanın özelliğine göre değişir (2, 6, 7, 8, 9). Vakalarımızda olduğu gibi eğer olanak varsa enfekte böbrek çıkarılarak, kolondaki fistül primer sütürlerle kapatılır. Bu mümkün olmazsa perinefritik abse drenajı ile birlikte nefrostomi yapılır. Bu sırada veya daha sonra fistülden 20 - 25 cm. yukarıdan çekostomi veya kolostomi uygulanır. Bir süre sonra da nefrektomi yapılarak kolostomi kapatılır.

SONUÇ

- 1 — Nadir olmakla beraber böbrekle kolon arasında spontan fistüller oluşabilir. Fistül oluşumunda en büyük etken böbrek ve perinefritik dokunun kronik süpüratif enfeksiyonudur.
- 2 — Fistül varlığını gösteren klinik ve laboratuvar bulgular (özellikle pnömatüri, idrarda vejetabal maddeler) her zaman bulunmayabilir. Birinci vakada olduğu gibi idrarla askarit düşürülmesi fistül varlığını düşündürecek önemli bir bulgudur.
- 3 — Reno - kolik fistüllerin kesin teşhisi daima retrograt pyelografi ile sağlanır. Bu nedenle klinik olarak fistül düşünülen veya böbrekte fonksiyon yokluğu bulunan vakalarda retrograt pyelografi uygulanmalıdır.
- 4 — Tedavi ; vakanın özelliğine göre değişmekle birlikte esas olarak nefrektomi ve kolondaki fistülün kapatılmasından ibarettir.

ÖZET

Nadir görülen iki reno - kolik fistül vakası sunulmuştur. Her iki vakada da fistül, böbrek ve perinefritik dokunun kronik bir enfeksiyonu sonucu meydana gelmiştir. Bunlardan bir tanesinde idrarla askarit düşürülmesi reno - kolik fistül için oldukça entresan bir bulgudur. Bu iki vaka nedeniyle literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

Reno - colic fistulas

In this report, two cases of reno - colic fistulas are presented. The fistula, in both cases, developed resulting from the chronic infection and inflammation of the perinephritic area. The discharge of the ascarid from the urine in one of them is to be seen highly interesting finding. The literature is reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — Abeshouse B.S.: Renal and ureteral fistula of visceral and cutaneous types. Report of four cases. Urol. and Cutan. Rev. 53, 641, 1949.
- 2 — Bissada N.K., Cole A.T.
Fried F.A.: Reno - Alimentary fistula: Unusual Urological problem. The journal of urology. 110,3,273,1973.
- 3 — Brust R. W. Jr.: Reno - colic fistula Secondary to carcinoma Morgan A.L. of colon. The Journal of Urology. 111,4,439,1974.
- 4 — Diker S.: Reno - duodeno - kolonik iç fistülle seyreden bir taşlı divertis kolika vakası. Dirim mec. 50, 3, 136, 1975.
- 5 — Dunn M., Kirk D.: Renogastric Fistula. The Journal of Urology. 109, 5,785,1973.
- 6 — Ellik M., Getz J.: Nephrocoloncic Fistula: A dual Case Study. The The Journal of Urology. 70,3,364,1953.
- 7 — Fetter R.T.: Renocolic. Fistula: Report of two cases. Varano N.R. The journal of Urology. 76,5,550,1966.
- 8 — Gibbons R.P.: Reno - colic, Reno - colic - cutaneous fistula: Schmidt J.D. Report 3 cases. The Journal of Urology. 84, Nov. 520, 1965.
- 9 — Husted J.W.: Unusual Case of Pyelonephritis: Nephrocolic fistula fistula owing to ruptured colonic Diverticulum. The Journal of Urology.
- 10 — Swersie A.K.: A case of Right Reno - colic Fistula. Bukauz S.L. The Journal of Urology. 93,3,336,1965.