

Ateşli Silah Yaralanması Sonrası Oluşan Rektovezikal Fistülde Hasta Yönetimi: Olgu Sunumu

Patient Management of Rectovesical Fistula After Fire-Gun Injury: Case Report

Ahmet ALYANAK¹, Merter GÜLEN², Bahadır EGE³

¹Yüksek İhtisas Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Medical Park Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

²Medicana Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

³Yüksek İhtisas Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Pelvis ve perineye yönelik penetran yaralanmalar, rektum, alt ürener sistem arasında fistüllere neden olabilir. Bu yaralanmalar genellikle karmaşıktır. Başarılı bir onarım için zorluklara sebep olabilir. Operatif stratejiler, nihai bir trans-perineal, trans-anal veya posterior/transrektal yaklaşımla birlikte başlangıçta fekal ve/veya ürener diversiyon gerekebilir. Ancak seçilen yaklaşım, yaralanmanın kesin anatomik lokalizasyonuna göre yapılmalıdır. Biz bu vakada gastrointestinal-genitoüriner fistül yönetimi ile ilgili deneyimimizi sizinle paylaşmak istedik.

Anahtar Sözcükler: Rektovezikal fistül, ürogenital yaralanma, fistül tamiri

ABSTRACT

Penetrating injuries to the pelvis and perineum may cause fistulas between the rectum and lower urinary tract. These injuries are often complex. It can cause difficulties for a successful repair. Operative strategies may require initial fecal and/or urinary diversion with a final trans – perineal, trans-anal, or posterior/transrectal approach. However, the approach chosen should be based on the precise anatomical localization of the injury. In this case, we wanted to share our experience with gastrointestinal- genitourinary fistula management with you.

Keywords: Rectovesical fistula, urogenital injury, fistula repair

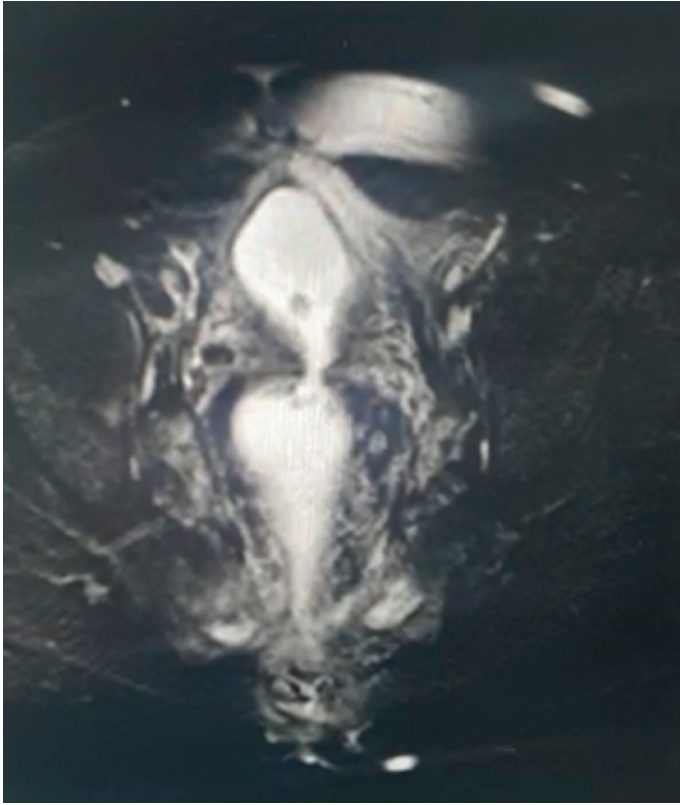
Cite this article as: Alyanak A, Gülen M, Bahadır E. Ateşli Silah Yaralanması Sonrası Oluşan Rektovezikal Fistülde Hasta Yönetimi: Olgu Sunumu. YIU Sağlık Bil Derg 2022;3:50-52.

Giriş

RVF'nin yönetimi zordur ve tedavi seçenekleri kişiye göre düşünülmelidir. Rektovezikal fistüller (RVF) nadir görülen oluşumlardır. Yaygın nedenler arasında prostat kanseri veya iyi huylu prostat hiperplazisi ve radyasyon için prostatektomi yer alır. Travmaya bağlı rektovezikal fistüller çok yaygın değildir ve ateşli silah yaralanması, rektuma giren yabancı cisimler, trafik kazaları ve nadiren künt travmalardan kaynaklanabilir. Genellikle pnömötüri ve fekalüri ile ortaya çıkarlar ve rektovezikal fistülün tam yerinin saptanması tanısal görüntülemenin yardımına ihtiyaç duyar. RVF'nin yönetimi zordur ve etiyojolojiye göre değişir ve bunların yaklaşık yarısı ürener ve fekal diversiyon ile iyileşirken, az sayıda hasta kesin prosedürlere ihtiyaç duyar. Kapsamlı bir literatür taramasından sonra, ateşli silah yaralanmasına bağlı RVF'nin çok nadir olduğunu ve şimdiye kadar sadece birkaç vakanın bildirildiğini söyleyebiliriz.

Olgu Sunumu

43 yaşında erkek hasta ateşli silah yaralanması nedeniyle dış merkezde acil şartlarda end kolostomi yapılmış. Postoperatif hastanın sakrum L5-S1 lokalizasyonunda sıvı gelme şikayeti mevcut. Dış merkezden tarafımıza olası ateşli silah yaralanmasına sekonder sakral yaralanma olası rektovezikal fistül ön tanıları ile refere edildi. Hasta tarafımızca pre operatif değerlendirildi. Yapılan fizik muayenede sakrum düzeyinde olası fistül traktı izlendi. Hastadan edinilen bilgiye göre uygulanan idrar sondası sonrası buradan akıntının tama yhakın kesildiği ve yaklaşık 2-3 haftadır sonda ile yaşadığı öğrenildi. Hastaya pre operatif flexible redktosigmoidoskopiinde yaklaşık 20. Cm de yaklaşık 0.5 cm çapında mesane ile ilişkisi ortaya konulan (mesaneden tetkik sırasında hava geldi) fistül traktı izlendi. Hasta pre operatif üroloji tarafından da değerlendirilerek MR ürografi ve alt abdomen tetkikleri yapıldı. Bu tetkiklerde, mesane



Şekil 1. MR Ürografi görüntüsünde rektovezikal fistül görünümü

posterior komşulukları ile rektum anterior düzlemleri arasında olası malignite ekarte edilememesi ile birlikte fistül görünümü mevcuttur rapor edildi (Şekil 1).

Hasta bu haliyle rektovezikal fistül tanısı ile üroloji ile beraber operasyona alındı. Operasyonda karın içi oldukça yapıştı. Yapışıklıklar diseke edildi. End kolostomi ile uyumlu ans izlendi. Promontoryum düzeyinde rektal güdük mesane ile olan dens yapışıklık dikkati çekti. Rektum serbestlenerek mesaneden ayrıldı. Fistülize alan ortaya çıkartıldı. Ardından rektal güdük (TIA-45 stapler yardımı ile) re-rezekzyon yapıldı. Üroloji ekibi mesane duvarını onardı ve operasyon sonlandırıldı.

Tartışma

Rektovezikal fistüller çok nadirdir ve konjenital anorektal malformasyonlar, mesane ve prostat cerrahisi, jinekolojik ve kolorektal cerrahi, pelvik tümörler için radyoterapi, travma ve ihmal edilmiş yabancı cisimlerden kaynaklanabilir (1). Pnömatüri en sık görülen ve patognomonik semptomdur. Fekalüri ve rektumdan idrar geçişi, sonraki en yaygın semptomlardır (2). Rektovezikal fistül, tedavi edilmediği takdirde tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, pelvik apseler ve peritonit gibi birçok komplikasyona neden olabilir. Sistografi, endoskopi, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI), RVF teşhisine yardımcı olan tanısal araştırmalardır. Ultrasonografi de RVF'yi saptamada duyarlıdır, ancak fistülün karmaşıklığını tanımlamada başarısız olur. BT, RVF'nin

saptanmasında oldukça hassastır ve fistül oluşumuna ilişkin ekstraluminal hastalık sürecini saptama avantajına sahiptir. RVF tanısında MRG'nin duyarlılığı ve özgüllüğü yaklaşık %100'dür. İntravenöz gadolinyum kullanımı bu fistüllerin tespitini önemli ölçüde sağlar (3). T1 ağırlıklı görüntüler komşu bağırsaklara göre fistülün uzantısının tanımlanmasını sağlar ve inflamatuvar değişiklikleri gösterir. T2 ağırlıklı görüntüler fistül içindeki sıvı birikimlerini ve ekstraintestinal dokulardaki lokalize sıvı koleksiyonlarını gösterir (4).

RVF'nin konservatif yönetimi, bağırsak istirahati, üretral kateterizasyon, antibiyotikler ve kısa süreli düşük doz steroidleri içerir. Bu tedavi hattı, malignite ile ilişkili olmayan minimal semptomatik fistüller için ayrılmıştır. Çoğu RVF için tedavinin temelini, cerrahi oluşturur. Literatürde çeşitli endoskopik, laparoskopik ve açık ameliyatlar tarif edilmiştir. Tarihsel olarak, fekal saptırma için birincil kolostomi bu fistüllerin tedavisinde kullanılmıştır (5). Açık cerrahi, bağırsak rezeksiyonu ve anastomoz, mesane onarımı, kolostomi ve daha sonraki bir aşamada kolostomi kapatılması dahil olmak üzere tek aşamalı veya çok aşamalı prosedürlerden oluşur. Bazı çalışmalar, primer rezeksiyonlu ve anastomozlu tek aşamalı cerrahinin, saptırıcı stoma olmaksızın, vakaların çoğunda yapılabileceğini göstermiştir (2). Görünür büyük defektlerde mesane onarımının ya fazla dikişle ya da eksizyonla yapılması gerekir. Ancak bu tedavi sonucu etkilemez. Ameliyat sırasında mesane duvarındaki küçük defektleri tespit etmek için üretra başına metilen mavisi boya enjekte edilebilir. Göze çarpmayan küçük defektlerin onarılmasına gerek yoktur ve kendiliğinden iyileşmeye bırakılabilir (4). Omentumun zengin vaskülaritesi ve immünolojik özellikleri göz önüne alındığında, bazı yazarlar, fistüllerin iyileşmesine ve nüks oranlarının azalmasına yardımcı olduğuna inanıldığı için mesane ve bağırsak arasına bir omental flep yerleştirilmesini tanımlamışlardır (2).

Thurairaja et al. 46 yaşındaki bir erkeğin sandalyeye düştükten sonra rektumunda yaralanma olduğu RVF'nin konservatif tedavisini tanımladı. Hasta üç hafta antibiyotik tedavisi gördü ve suprapubik kateter beş hafta yerinde tutuldu, ardından BT taraması mesanede hava olmadığını gösterdi (6). Sotelo et al. RVF onarımında hem laparoskopik hem de robot yardımcı teknikleri tanımladı (7,8). Teknikleri laparoskopik sistotomi ve fistül yolunun diseksiyonu, rektumun kapatılması, omentumun mesane ve rektum arasına yerleştirilmesi ve mesanenin kapatılması, ardından suprapubik sistostomi ve kolostomi içeriyordu. Bu teknik başarılı olmasına rağmen, teknik olarak zahmetlidir. Todd ve arkadaşları, rekto-üriner fistüllü 24 hastalık bir seride ve David ve arkadaşları, rekto-üriner fistüllü 51 hastalık bir seride York-Mason posterior, transanal ve transrektal yaklaşımı kullanmışlardır. Rekto-üriner fistüllerin onarımı %91.6 (9) ve %92 (10) başarı oranları, sırasıyla ve saptırma kolostomilerinden kaçınılabilir. Walker ve ark. 14 yaşındaki bir erkek çocukta travmatik bir rektovezikal fistülün onarımı için başarılı bir transvezikal teknik tanımladı. Mesane defektinin

primer onarımı yapıldı ve sırasıyla dışkı ve idrarı yönlendirmek için saptırma kolostomisi ve suprapubik kateterizasyon yapıldı. Kolostominin kapatılması daha sonraki bir aşamada tamamlandı (11).

Literatürde birçok teknik tanımlanmış olmasına rağmen standart bir tedavi tekniği oluşturulmamıştır ve teknik seçimi kişiye göre farklılık göstermektedir. Bizim olgumuzda hem mesaneyi hem de rektumu görselleştirmek için transabdominal bir yaklaşım kullandık. sistotomi yapıldı ve mesane arka duvarı tamir edildikten sonra sistotomi kapatıldı. Fistülün çapının küçük olması ve çevre dokuların iltihaplanmaması nedeniyle, mesane arka duvarındaki defektin birincil onarımı fistül yolunun eksizyonu veya ön rektal duvarın onarımı yapılmadan yapıldı. Fekal diversiyon için müköz fistüllü diversiyon kolostomisi yapıldı. Üriner diversiyon için suprapubik kateter ve üretra başına foley kateteri kullanıldı. Bu teknik teknik olarak zorlayıcı değildir ve transanal ve transrektal yaklaşımlara göre kolaylıkla uygulanabilir. Transabdominal teknik, hem rektumun hem de mesanenin onarılması gerektiğinde net görselleştirme sağlar.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Bilgilendirilmiş Onam: Hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar Katkıları: Fikir - BE; Tasarım - BE; Denetleme - BE; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi -MG, AA; Analiz ve/veya Yorum - MG, AA; Literatür Taraması - MG, AA; Yazıyı Yazan - AA; Eleştirel İnceleme - BE.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Yan S, Sun H, Li Z, Liu S, Han B. Conservative treatment of rectovesical fistula after leakage following laparoscopic radical resection of rectal cancer. *J Int Med Res* 2020;48. doi: 10.1177/0300060520914835
2. Golabek T, Szymanska A, Szopinski T et al. Enterovesical fistulae: aetiology, imaging, and management. *Gastroenterol Res Pract*. 2013;2013:617967. doi: 10.1155/2013/617967
3. Fang W, Xu L, Sun J, Corcos J, Li J. Spontaneous vesicorectal fistula: a rare complication of neurogenic bladder. *BMC Urol*. 2020;20:18. doi: 10.1186/s12894-020-00585-7
4. Scozzari G, Arezzo A, Morino M. Enterovesical fistulas: diagnosis and management. *Tech Coloproctol* 2010;14:293-300. doi: 10.1007/s10151-010-0602-3
5. Dozois EJ. Operative treatment of recurrent or complicated diverticulitis. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1321-1323. doi: 10.1007/s11605-008-0488-9
6. Thuraija R, Whittlestone T. Nonoperative treatment of traumatic rectovesical fistula. *J Trauma* 2006;61:216-218. doi: 10.1097/01.ta.0000224122.70871.36
7. Sotelo R, Garcia A, Yaima H, et al. Laparoscopic rectovesical fistula repair. *J Endourol* 2005;19:603-607. doi: 10.1089/end.2005.19.603
8. Sotelo R, de Andrade R, Carmona O et al. Robotic repair of rectovesical fistula resulting from open radical prostatectomy. *Urology* 2008;72:1344-1346. doi: 10.1016/j.urol.2008.06.017
9. Renschler TD, Middleton RG . 30 years of experience with York-Mason repair of recto-urinary fistulas. *J Urol* 2003;170:1222-1225. doi: 10.1097/01.ju.0000082013.58783.17
10. Hadley DA, Southwick A, Middleton RG. York-Mason procedure for repair of recto-urinary fistulae: a 40-year experience. *BJU Int*. 2012;109:1095-1098. doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10472.x
11. Walker GM, Bowen JC. Case report: the transvesical approach to a traumatic rectovesical fistula. *Pediatr Surg Int*. 2003;19:303-304. doi: 10.1007/s00383-002-0900-6