



Atipik Olguda Vezikosigmoid Fistül'ün Laparoskopik Tedavisi

Serkan Akan¹, Özgür Haki Yüksel¹, Çağlar Yıldırım¹, Ahmet Ürkmez²

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Özet

Mesane ile sigmoid kolon arasında spontan fistül oluşumu oldukça nadirdir. Genelde altta yatan sebep sigmoid kolon divertiküllerinin inflame olması ve mesane duvarına perforasyon olmasıdır. Bazen sigmoid kolondaki tümörlerin mesaneye infiltrasyonu ile de gelişebilir. Bunların dışında inflamatuvar bağırsak hastalıkları, tüberküloz, lenfoma, travma ve geçirilmiş cerrahi girişimler altta yatan diğer sebeplerdir. Biz bu sebeplerin hiçbirinin olmadığı, spontan gelişen ve nedeni belli olmayan bir vezikosigmoid fistül olgusunu sunduk.

Anahtar sözcükler: ; Laparoskopi; sigmoid kolon; vezikosigmoid fistül.

Laparoscopic Treatment of an Atypical Vesicosigmoid Fistula

Abstract

Spontaneous fistula formation between the bladder and the sigmoid colon is a very rare entity. In general, the underlying cause is that the sigmoid colon diverticulum is inflated and perforated in the bladder wall. Sometimes, it can also develop due to infiltration of sigmoid tumors to the bladder wall. Inflammatory bowel diseases, tuberculosis, lymphoma, trauma, and previous surgical interventions are other potential underlying causes. Herein, a case of a vesicosigmoid fistula that developed spontaneously without any underlying specific etiology is presented.

Keywords: Laparocopy; sigmoid colon; vesicosigmoid fistula.

Kolovezikal fistüller nadirdir ve tanı ve tedavileri zordur. Bu hastalarda tedavinin amacı, fistül traktının çıkarılıp üriner ve fekal sızdırmazlık ve sürekliliğin yeniden tesis edilmesidir. Ancak bu tedavi bazen, basit bir yönlendirme kolostomi iken bazen de kompleks çok aşamalı prosedürlere kadar değişen cerrahi tedavileri içermektedir. Benign kolorektal hastalıkta laparoskopi uygulaması son zamanlarda endoskopik işlemlerin doğasında olan avantajları nedeniyle çekiçi bir seçenek haline gelmiştir.

Biz de burada vezikosigmoid fistül nedeniyle laparoskopik cerrahi uyguladığımız hastamızı literatür eşliğinde tartıştık.

Olgu Sunumu

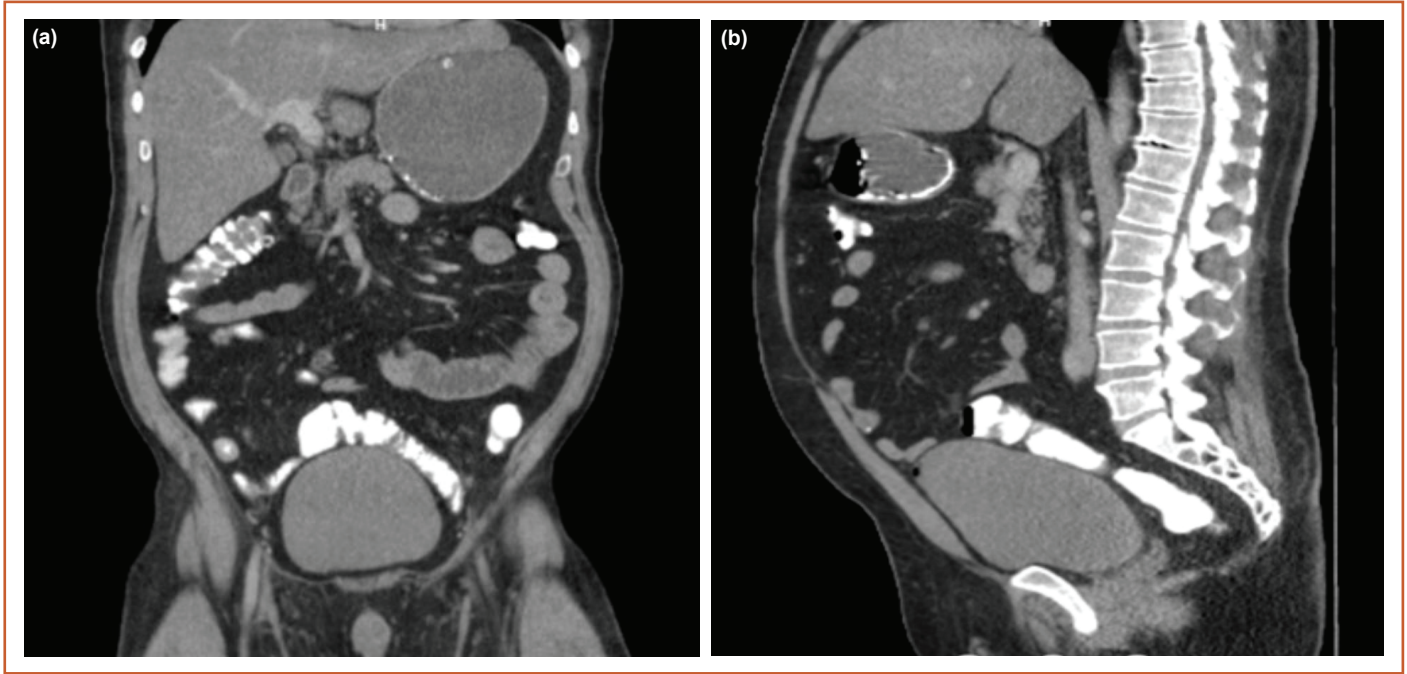
Hastaya oral, rektal ve iv kontrastlı tüm abdomen spiral (helikal) bilgisayarlı tomografi (BT) yapıldı. BT'de mesane duvar kalınlaşması dışında herhangi bir patolojik bulgu görülmedi. İntestinal hava/sıvı seviyesi görülmedi. Gastro-

İletişim (Correspondence): Dr. Ahmet Ürkmez . Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

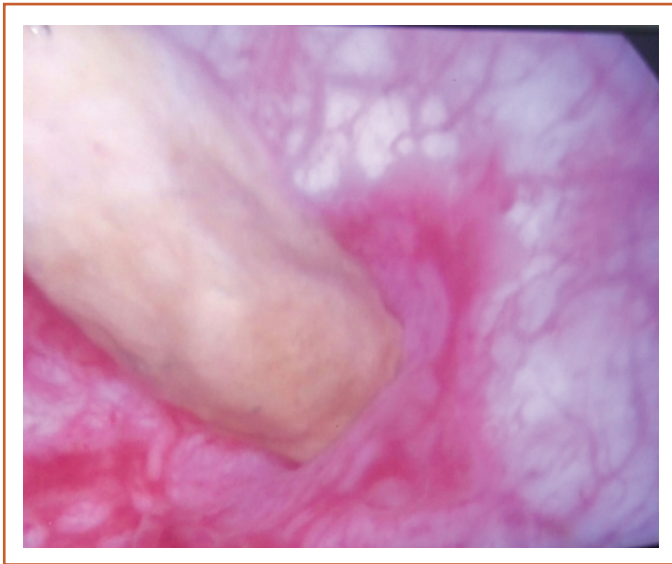
Telefon (Phone): +90 216 578 30 00 (3520) **E-Posta (E-mail):** ahmeturkmez@hotmail.com

Başvuru Tarihi (Submitted Date): 10.01.2017 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 07.02.2017





Şekil 1. (a, b) Oral, rektalve iv kontrastlı tüm abdomen BT'de gastrointestinal sistemi dolduran kontrast maddenin herhangi bir yerden üriner sisteme geçişi izlenmedi.



Şekil 2. Sistoskopik incelemede karşı duvar sol yan duvar bileşkesinde içerisinden fekalom gelen yaklaşık 10 mm çaplı fistül ağzı.

intestinal sistemi dolduran kontrast maddenin herhangi bir yerden üriner sisteme geçişi yoktu. Ayrıca kolonda divertiküler yapı ya da kitlesel oluşum görülmedi (Şekil 1 a, b). Bir sonraki adımda hastaya sistoskopi yapıldı ve karşı duvar sol yan duvar bileşkesinde içerisinden fekalom gelen yaklaşık 10 mm çaplı fistül ağzı görüldü (Şekil 2). Sistoskopi sonrasında genel cerrahi ile konsülte edilen hastaya rektosigmoi-

doskopi yapıldı. Sigmoid kolonda fistül ağzı olabilecek şüpheli inflame alan izlendi, haricen patoloji izlenmedi.

Hastaya Laparoskopik vezikokolonal fistül onarımı planlandı. Mesane posteriorunda sigmoid kolonun mesane sol lateral duvarına fikse olduğu görüldü. Sigmoid kolon ve mesane dissekte edildi. Yaklaşık 10 mm çaplı, 15 mm uzunluğunda fistül traktı insize edildi (Şekil 3a-d).

Ardından kolon endogia ile mesane ise 2/0 vikril ile primer onarıldı. Onarılan mesane dokusu üzerine mesane periton katlantısı kaydırılarak işlem sonlandırıldı.

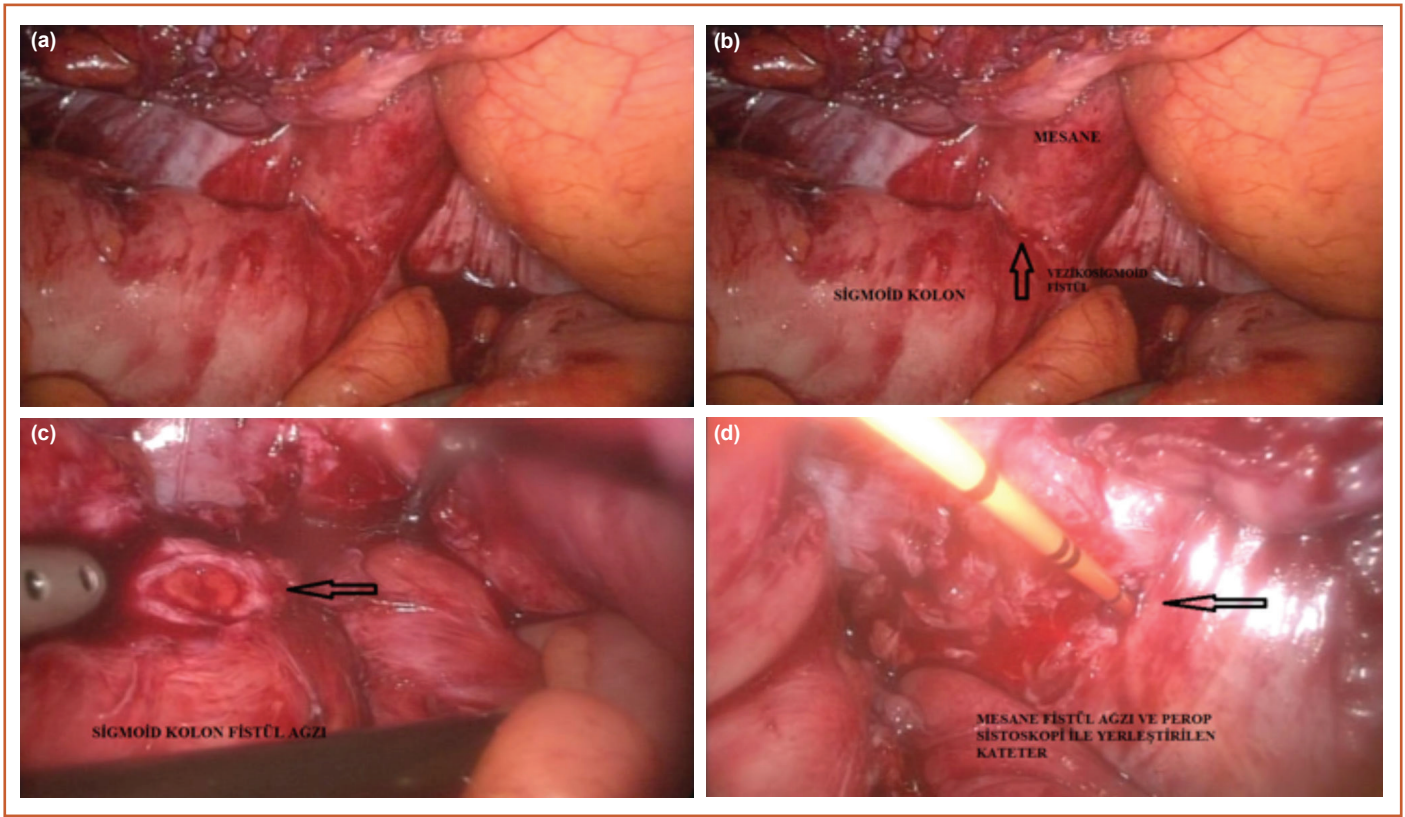
Cerrahi olarak çıkarılan fistül traktının (mesane ve kolonal mukoza dahil) yapılan histolojik incelemesinde inflamatif intestinal doku izlendi ve herhangi bir malignite izlenmedi.

Ameliyat sonrası 2. gün hastanın gaita deşarjı oldu ve 3. gün taburcu edildi. Yedinci gün mesane sondası alınarak cerrahi iyileşme ile rutin iş hayatına döndü.

Tartışma

Vezikointestinal fistül enflamatuvar veya neoplastik bir nedene bağlı üriner sistem ile gastrointestinal sistem arasında bir iç bağlantı olarak 1888 yılında Cripps tarafından tarif edilmiştir. Kolovezikal fistüller tüm vezikointestinal fistüllerin en yaygınıdır (%70). Sıklık olarak sonrasında ileovezikal (%16) ve rektovezikal (%11) fistüller bulunur [1].

Kolovezikal fistüller arasında ise en sık vezikosigmoid fistül görülür ve altta yatan en sık sebep divertiküldür [2]. Aynı



Şekil 3. (a-d) Laparoskopide sigmoid kolon ve mesane fistül ağızlarının görüntülenmesi.

metinde kolovezikal fistül insidansı yatarak tedavi gören hastalarda %0.025 civarında tahmin edilmektedir. En sık 6. ve 7. dekadlarda görülür. Kadınlarda erkeklere göre 3.5 kat daha fazla görülmektedir. Bu fark literatürde histerektomi sonrasında yüksek oranda gözlenmesine bağlanmıştır [3].

Divertikülit olgularının %2'si fistül ile sonuçlanmaktadır, bunların %65'i de vezikokolondir. İnflamasyon sonucu oluşan apsenin mesane duvarına drene olması ile gelişir. Genellikle mesanenin üst ve posteriorunda gözükür. Bir diğer önemli kolovezikal fistül nedeni neoplazilerdir. Kolon, mesane ve rahim kanseri yada tedavilerinde alınan pelvik radyoterapi divertikülitten sonra 2. sıklıktaki nedeni oluşturur. Travma, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (Crohn), tüberküloz, lenfoma ve geçirilmiş cerrahiler diğer nedenlerdir [4].

Bizim olgumuzda bu saydığımız predispozan faktörlerden hiçbiri yoktu. Hastanın BT görüntülenmesinde ve rektosigmoidoskopisinde divertikül/divertikülit görülmedi. Herhangi bir neoplastik hastalığı bulunmamaktaydı. Geçirilmiş cerrahi ya da travma öyküsü yoktu. İnflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü yoktu. Hastanın yaşı ve cinsiyetinde en sık görülen yaş aralığı ve cinsiyet ile uyumsuzdu. Predispozan olarak kabul edilebilecek tek faktör tip 2 diyabetes mellitus idi ki o da oral antidiyabetik ile regüle idi. Ayrıca hastanın

obez olduğu ve yüksek lifli gıda ile beslenmediği belirtilebilir.

En sık semptomlar pnomotüri ve fekalüridir. Bunlara ek olarak piyüri, hematüri, karın ağrısı ve diyare görülebilir. Tanıda tam idrar tahlili, idrar kültürü, sistografi, İVP, kontrastlı BT, sistoskopi ve kolonoskopi yapılabilir. Önceki yıllarda çeşitli boya maddeleri (metilen mavisi, aktif kömür, baryum vb.) ile yapılan görüntülemeler yüksek duyarlılıkla kullanılmasına rağmen fistül traktı ve çevre dokuların anatomisi ile ilgili sınırlı veri verdiği için günümüzde kullanımı kısıtlıdır [5]. Günümüz teknolojisinde helikal BT sayesinde, özellikle toraks ve abdomen gibi solunum ve hareket artefaktlarından etkilenen bölgelerde, tek bir nefes tutma sırasında alınan kesit sayısındaki artış nedeniyle küçük lezyonların gözden kaçması minimale indirgenmiş, lezyonların saptanması için gerekli kontrast madde miktarında belirgin azalım sağlanmıştır. Helikal BT vesikokolonal fistül tanısında %40-100 arası duyarlılıkla verilen 3 boyutlu anatomi ve etyoloji bilgisi ile oldukça kullanışlı ve noninvaziv yöntemdir [6].

Sistoskopi invaziv bir yöntem olmasına rağmen oldukça duyarlı bir yöntemdir (%36,4-79) [1]. Literatürde maliyet olarak en uygun yöntem olduğunu belirten yayınlar mevcuttur ancak bu konu tartışmalıdır. Diğer yöntemlere göre

bariz olan üstünlüğü vardır ki, sistoskopi fistülün kendisini teşhis edip anatomik konumu hakkında da bilgi sağladığı gibi biyopsi almaya da olanak sağlar [7].

Bizim olgumuzda piyüri, pnomotüri ve fekalüri gibi semptomlar bize kolayca vezikointestinal fistül düşündürmesine rağmen demostre etmemiz hiç de kolay olmadı. Ayrıca hasta 6 yıldır aynı şikayetler ile çok sayıda merkeze başvurmuş ancak tanı konulamamıştı. Olgumuzda yapılan oral/rektal/İV kontrastlı helikal BT'de üriner sistem ile gastrointestinal sistem arasında herhangi bir iştirak izlenmedi. Tanı ancak yapılan sistoskopi ile konulabildi. Yapılan rektosigmoidoskopi ile de gastrointestinal sistemdeki yeri (sigmoid kolon) anlaşıldı. BT'nin bu konudaki belirleyiciliği bilinmesine rağmen literatürü incelediğimizde araştırmacıların bu konuda zorluk yaşadığını görmekteyiz. Fistül ağzının inflamasyon nedeniyle gelişen ödem ile veya fekalomun direk mekanik etkisi ile tıkanması sonucu kontrast maddenin her zaman üriner sisteme geçemediği düşünülmektedir. Hatta bu obstrüksiyon nedeniyle sistoskopi de bile fistül traktının görülemeyeceğini bildiren olgular mevcuttur.

Vezikokolonal fistüllerin tedavisi cerrahidir. Literatüre bakıldığında fistül traktı yeri, fistül traktı çapı ve etyoloji ile değişimle birlikte değişik cerrahi yöntemler önerilmektedir. Kolostomi ya da kolostomizis primer onarım, intestinal rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapılan öneriler arasındadır [8]. İlaveten mesane onarımı sonrası araya omental flep çevrilmesi ile ilişkin önerilerde bulunmaktadır [9]. Mesane ve kolon'un künt olarak ayrılıp, mesane ve kolondaki defekte basit kapama yapıldığı; intestinal rezeksiyonun yapılmadığı "pinch off" yöntemide literatürde mevcuttur [10]. Görüldüğü gibi vezikokolonal fistül cerrahisinde bir konsensus oluşmamıştır.

Son yıllarda vezikokolonal fistül cerrahisi içinde Laparoskopik yardımcı cerrahi popüler hale gelmiştir. Literatüre bakıldığında 10'un üzerinde olgu raporlanmış, laparoskopik yardımcı vezikokolonal fistül cerrahisi postoperatif minimal ağrı, daha az sayıda postoperatif ileus ve daha kısa yatış süresi ile güvenilir olduğu vurgulanmıştır [8].

Biz de etyolojisi tanımlanamayan bu atipik vezikosigmoid fistül olgumuzda minimal invaziv cerrahinin getirdiği bu avantajlardan faydalanmak için laparoskopik yardımcı cer-

rahiyi tercih ettik. Fistül traktının çap ve uzunluğunun küçük ve elverişli olması, divertikül/divertikülit gibi mukozal iyileşmeyi bozacak etyolojinin bulunmaması nedeniyle intestinal rezeksiyonu tercih etmedik. Minimal ağrı, kısa yatış süresi, düşük maliyet ve cerrahi kür ile demostre edilmekte uzun süre zorlanılan bu atipik olguyu sonuçlandırdık.

Hasta Onayı: Hasta onayı alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmedi.

Yazarlık Katkıları: Konsept: S.A.; Dizayn: O.H.Y., C.Y.; Veri toplama: S.A., A.U.; Yorumlama: S.A., O.H.Y., C.Y., A.U.; Yazan: S.A.

Kaynaklar

1. Tsivian A, Kyzer S, Shtricker A, Benjamin S, Sidi AA. Laparoscopic treatment of colovesical fistulas: technique and review of the literature. *Int J Urol* 2006;13:664-7.
2. Cappèle O, Scotté M, Sibert L, Songné B, Grise P, Ténrière P. Role of complementary tests in the management of colo-vesical fistulae. *Prog Urol* 2001;11:657-61.
3. Nishimori H, Hirata K, Fukui R, Sasaki M, Yasoshima T, Nakajima F, et al. Vesico-ileosigmoidal fistula caused by diverticulitis: report of a case and literature review in Japan. *J Korean Med Sci* 2003;18:433-6.
4. Daoud F, Awwad ZM, Masad J. Colovesical fistula due to a lost gallstone following laparoscopic cholecystectomy: report of a case. *Surg Today* 2001;31:255-7.
5. Gruner JS, Sehon JK, Johnson LW. Diagnosis and management of enterovesical fistulas in patients with Crohn's disease. *Am Surg* 2002;68:714-9.
6. Sebastià Cerqueda C, Merino Peña E, Quiroga Gómez S, Alvarez-Castells A. Vesicosigmoid fistulas secondary to diverticulitis: helical CT diagnosis. *Radiologia* 2007;49:343-5.
7. Shinojima T, Nakajima F, Koizumi J. Efficacy of 3-D computed tomographic reconstruction in evaluating anatomical relationships of colovesical fistula. *Int J Urol* 2002;9:230-2.
8. Eijsbouts QA, de Haan J, Berends F, Sietses C, Cuesta MA. Laparoscopic elective treatment of diverticular disease. A comparison between laparoscopic-assisted and resection-facilitated techniques. *Surg Endosc* 2000;14:726-30.
9. Rames RA, Bissada N, Adams DB. Extent of bladder and ureteric involvement and urologic management in patients with enterovesical fistulas. *Urology* 1991;38:523-5.
10. Steele M, Deveney C, Burchell M. Diagnosis and management of colovesical fistulas. *Dis Colon Rectum* 1979;22:27-30.