

İdrar pipiden değil popodan geliyor!

C. Kocaoğlu *, M. Atılgan *, M. Temiz *, M. Akgül *, N. Emiroğlu **, H. Altunhan **
* Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

** Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Literatürde hiç rastlanmayan rektal atrezi ve vezikorektal fistül birlikteliğini resimlerle sunmak ve tedavi planını tartışmak.

OLGU

Hasta prematürite ve solunum sıkıntısı ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılmış. Postnatal 10. Saatinde anüsünden idrar gelmesi nedeni ile danışıldı. Hasta 27 yaşındaki anneden, 35+4 haftalık 2710 gr olarak doğmuş erkek bebek. Hastaya 17. haftada megasistis öntanısı ile vezikoamniotik şant yapılmış. Muayenesinde anüsü normal yerleşimli ve normal görünümülü idi (Resim 1). Bilateral testisler skrotumda ve normal görünümülü penisi mevcuttu (Resim 2). Sol ayak, bileğinden itibaren hipoplazik görünümülü idi (Resim 3).



Resim 1: Normal yerleşimli anüs



Resim 2.

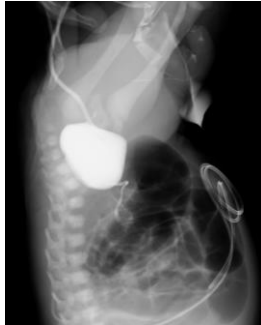


Resim 3: Hipoplazik ayak

Transüretal 4F feeding sonda ile berrak idrar geldiği gözlemlendi. Ultrasonda pelvik yerleşimli füzyone böbrek olduğu görüldü. Batın grafiğinde sağ alt kadranda sebat eden dilate bir barsak anısı vardı. Hastaya intestinal atreziyi ekarte etmek ve kolon ile mesane ilişkisini değerlendirmek için kolon grafisi çekildi. Anüsten 2cm kadar ilerletilen kateterden verilen kontrast maddenin, mesaneyi doldurduğu ve sağ böbreğin izdüşümünden cilde fistüle odaktan dışarı çıktığı görüldü, rektum devamlılığı yoktu (Şekil 1). İnvortogramda dilate ansın anüsten 4cm uzaklıkta olduğu ve arada mesane olduğu görüldü (Şekil 2).



Şekil 1: Kolon grafisi



Şekil 2: İnvortogram

İntestinal atrezi ve vezikorektal fistül ön tanıları ile postnatal 16. saatinde tanısız laparotomi yapıldı. Rektal atrezi tespit edildi, inen kolon ve sigmoid kolon arası diverjan kolostomi açıldı (Resim 4, 5). Postop. transüretal kateter ile takip edilen hastada yeterli idrar çıkışı gözlemlendi; anüsten hiç idrar gelmedi. Postop 25. günde sondası çıkarıldı. Spontan idrar yapabilen hasta 31. günde taburcu edildi. Taburculuk sonrası sekizinci gününde ateşli idrar yolu enfeksiyonu (İYE) nedeni ile çocuk enfeksiyon servisine yatırıldı. Kreatinin değerlerinin 2,8 mg/dL olması üzerine mesanesi anüsten sonda ile kateterize edildi ve kreatinin değerleri dramatik şekilde normale döndü. Takiplerinde tekrar ateşli İYE geçirmesi üzerine anüsten temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) yapılması kararlaştırıldı. Sonrasında tekrar İYE öyküsü olmadı. Hasta şuanda sekiz aylık.



Resim 4.



Resim 5.

TARTIŞMA

Olgumuzdaki rektal atrezi ve vezikorektal fistül birlikteliğinin antenatal şant ile ilişkisi, Luton ve ark. tarafından bildirildiği üzere, şant tüpünün migrasyonu ve perforasyonu, ikincil bir vezikorektal fistül oluşumuna neden olmuş olabilir (1). Olgumuzda da benzer bir mekanizma, rektal atrezi gelişiminden sorumlu tutulabilir. Literatürde bu birliktelik oldukça nadir olmakla birlikte gelişimsel olarak oluştuğu bildirilmemiştir (2, 3).

Olgumuzun prenatal megasistisinin altta yatan bir kloakal gelişim defekti veya sendromik bir durum ile ilişkisi olmadığı varsayılırsa megasistisin en sık sebebi olan PUV için kesin onarımın bir parçası olarak endoskopik valv rezeksiyon planlanabilir (3).

Olgunun definitif onarımında, mesane arkasında yerleşimli vezikorektal fistülün kapatılması için ekstrevezikal, transvezikal veya kombine bir yaklaşım düşünülebilir. Ekstrevezikal yaklaşımın başlıca avantajı, mesane mukozasının açılmaması ve buna bağlı idrar kaçağı riskinin daha düşük olmasıdır (4). Ancak, mesane arkasında çalışmanın zorlukları, fistül traktının eksizyonunu güçleştirip nüks riskini artırabilir (5). Üreter hasarı ve nörojenik komponenti olan mesane fonksiyon bozuklukları gibi komplikasyonlar da ekstrevezikal yaklaşım ile daha sık ilişkilendirilmektedir (5, 6). Bu riskler göz önüne alındığında, transvezikal veya transvezikal-ekstrevezikal kombine yaklaşım, ureterlerin direkt görülerek korunması ve fistülün kapatılmasına olanak tanıması açısından daha güvenli bir alternatif olarak değerlendirilebilir (5, 6, 7).

Olgumuzun klasik anorektal malformasyon vakalarına kıyasla en önemli avantajı, normal yerleşimli ve muhtemelen fonksiyonel bir anal sfinkter ve puborektalis kasının varlığıdır (Resim 1)(8). Bu durum posterior sagittal yolla veya abdominal-perineal yaklaşımla anüs ve sfinkterlerin bulunduğu bir pull-through ameliyatı planlanması açısından teşvik edicidir (9).

TAK, mesanenin tam boşalmasını sağlayarak tekrarlayan İYE ve böbrek hasarını önlemede altın standarttır. Olgumuz füzyone böbrek ve prenatal obstrüksiyon öyküsü ile nörojen mesane/kronik mesane hipotonisi riski taşımaktadır (10). Bu sebeplerle alınan karar neticesinde olgumuz TAK ile idrar yolu enfeksiyonsuz bir dönem geçirmiştir. Bu da bize hastanın genel durumu, böbrek fonksiyonları ve kilo alımı stabil olduktan sonra, definitif onarım planlanana kadar böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve hastanın büyümesi için fırsat tanımıştır.

SONUÇ

Anüs ve sfinkteri koruyarak rektumu pullthrough yapabilir miyiz?

Mesane arkası nasıl onarılabilir?

Bu müdahaleler için uygun yaş ne olmalı?

İntrauterin megasistis sebebi PUV ise ona müdahale için görüşleriniz nelerdir?

Bu hastaya sürekli TAK mı yapılmalı?

REFERANSLAR

1. Luton, D., Guilboudence, J., Vuillard, E., Bruner, J., & de Lagasie, P. (2003). Prenatal management of fetal urinary tract obstruction: a case report of vesicoamniotic shunt-induced vesicorectal fistula. *Prenatal Diagnosis*, 23(11), 914-915.
2. Lage, K., Greenway, S. C., & Rosenblum, N. D. (2016). The molecular basis of human anorectal malformations. *Seminars in Pediatric Surgery*, 25(2), 109-114.
3. Morris, R. K., et al. (2013). The Percutaneous Vesicoamniotic Shunt versus Conservative Management for Fetal Lower Urinary Tract Obstruction (PLUTO) study: randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 17(59), 1-232.
4. Gearhart, J. P., & Canning, D. A. (2019). Pediatric urology: The requisites in pediatrics.
5. Routh, J. C., et al. (2010). Surgical management of vesicorectal fistula in children: a systematic review. *Journal of Pediatric Urology*, 6(1), 14-20.
6. Schlomer, B. J., et al. (2014). Iatrogenic ureteral injury in pediatric surgery: a systematic review. *Journal of Pediatric Surgery*, 49(11), 1587-1591.
7. Peña, A., & Levitt, M. A. (2005). *Anorectal malformations: Atlas of management*.
8. Holschneider, A., Hutson J. (2006). *Anorectal Malformations in Children*.
9. Bischoff, A., Levitt, M. A., & Peña, A. (2013). Update on the management of anorectal malformations. *Pediatric Surgery International*, 29(9), 899-904.
10. Fast, A. M., Delbert, C. M., & Van Batavia, J. P. (2018). Early initiation of clean intermittent catheterization versus expectant management in children with spinal dysraphism. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 232.e1-232.e6.