



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: 14, Sayı: 3, 357-361, 1988

ENTERESAN BİR ÜRETRAL FİSTÜL OLGUSU^(*)

AN INTERESTING CASE OF URETHRAL FISTULA

Veli YALÇIN^(*)

Penis travmaları çeşitli şekillerde meydana gelmektedir. Bunlar arasında, strangülasyon, kontüzyon, fraktür, dislokasyon, dekolman, amputasyon ve iatrojenik nedenlerle olan travmaları sayabiliriz.

Bunlar içerisinde, strangülasyon tipinde yaralanmalara en seyrek biçimde rastlanmaktadır. Peniste strangülasyona en çok kordela, saç kılı, sicim ipi, metal ve plastik rondelalar, lastik bantlar, civata somunu, şişeler v.s. neden olmaktadır.

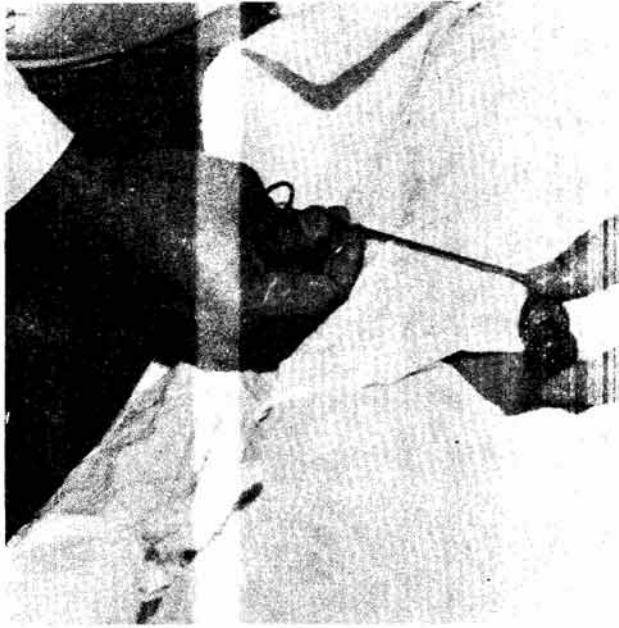
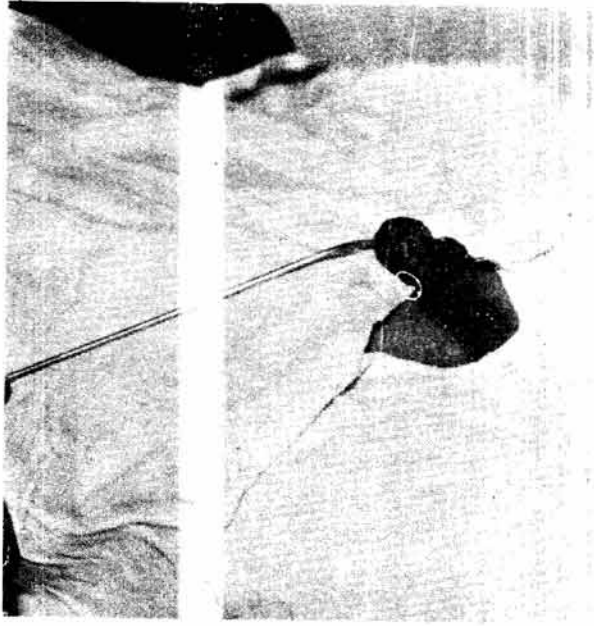
İnsan saç kılı ile strangüle olan olgumuzu etyolojik açıdan enteresan olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

OLGU :M.Ç. 7 yaşında erkek çocuk. İdrarını kamışının altındaki bir delikten yapma ve idrar yaparken yanına şikâyetiyle polikliniğimize müracaat etti (Prot. No: 573). Hikayesinde, iki sene önce sünnet olmuş. İki ay önce ilk defa kamışının etrafında hafif bir kızarıklık ve yara oluşmuş. Geceleri ansızın ağlayarak uyanıyormuş. Birkaç kez kamıştaki kızarıklık ve yara nedeniyle çocuk hastalıkları uzmanına müracaat etmiş, lokal antibiyotik tedavi uygulanmış, fayda görmemiş. On gün önce annesi çocuğun idrarını kamışının altındaki bir delikten yaptığını görmüş.

Fizik muayenesinde, glansta renk değişikliği, ödem ve normal meanın bir cm. proksimalinde ventral yüzde bir uretral fistül ağzı mevcuttu (Resim 1a-b). Glansın gerisinde sulcus coranariusta penisin tüm etrafını çeviren oluk tarzında halka gibi, kızarık, üzeri yer yer kabuklu iltihabi doku mevcuttu. Bu olukta da dikkatle bakıldığında ancak görülebilen ve birkaç defa düğümlenerek dolanmış uzun bir saç kılının uçları görüldü. Düğümler dikkatle açılarak saç kılı çıkarıldı (Resim 2a-b). Hasta servise yatırıldı (Prot. No: 1173). Beş günde iltihabi dokunun iyileştiği ve glansın normal rengine dön-

(*) Ünye Devlet Hastanesi Üroloji Uzmanı

(**) 9. Ulusal Üroloji Kongresi (Uluslararası Katılımlı) 7-11 Ekim 1985 Daire'de tebliğ edilmiştir.



Resim 1a-b: Normal duodenumun 1 cm. pproksimalinde ventral yüzünde

gizli bir ağzı görülmektedir.



Resim 2a-b: Sulcus coranariusta d-
uzun bir saç kılının u

e bakıldığında görülebilen ve birkaç defa düğümienerek dolanmış
görülmekte.



Resim 3: Ameliyattan bir ay sonraki kont görülmekte.

düğü görüldü. Fistül reparasyonu için ameliyata alındı. Üretranın her iki ucu libere edilip END-TO-END sonra yara iyileşmesi normaldi ve sonda çıkarıldı. Ha normal kalınlıkta rahatlıkla yapabiliyordu. Şifa ile tabu rolde hasta tamamen normaldi (Resim 3).

TARTIŞMA

Penisin saç kılı ile veya diğer boğucu ajanlar ile str olarak bilinmektedir (1, 3, 4).

Yetişkinlerde seksüel aktiviteyi uyarmak ve artırm halkaların kullanıldığı görülmüştür (3). Çocuklarda ise bazı geri kalmış ükelerde batıl itikat nedeniyle ya da en cıyla uygulandığı görülmektedir. Bazılarında da etyolo zun ebeveyinden edindiğimiz bilgiye göre saç kılının

retral sonda (Foley 8F) ko nastomoz yapıldı. Bir hafta drarını normal meadan ve edildi. Bir ay sonraki kont-

ulasyonu turnike sendromu

amacı ile metal veya plastik is strangulasyonu daha çok is nokturnayı önlemek ama- ranlıktır (1, 2, 4). Olgumu- ise herhangi bir gaye ile ve

Hoechst'ün YENİ antibiotiği

Tar vid®

Bakteriel enfeksiyonlara karşı Hoechst'ün giraz inhibitörü hastalarınızın çabuk iyileşmesini sağlar.

Tarivid®



Bakteriel enfeksiyonlara karşı Hoechst'ün giraz inhibitörü hastalarınızın çabuk iyileşmesini sağlar.

Hoechst'ün YENİ antibiotiği

Bileşim: Tarivid'in 1 filmlibletinde etkili madde olarak 200 mg ofloksasin vardır.

Endikasyonlar: Tarivid, ofloksasin'e duyarlı mikroplardan ileri gelen aşağıdaki enfeksiyonların tedavisine elverişlidir: Boğaz, burun ve kulak dahil olmak üzere solunum yollarının enfeksiyonları. Yumuşak doku ve deri enfeksiyonları. Küçük pelvis dahil olmak üzere karın boşluğunun enfeksiyonları (bakteriel menşeli enterit'ler dışında). Böbrek ve desandanırarar yollarının ve cinsiyet organlarının enfeksiyonları, berraklığı.

Kontrendikasyonlar: Ofloksasin'e karşı aşırı duyarlılık. Çocuklara ve büyüme çağındaki gençlere, gebelere ve emziren kadınlara Tarivid verilmemelidir. Serebral nöbetleri olan hastalarda uygun bir antikonvülsif tedavi uygulanmadıkça Tarivid verilmemelidir.

Pozoloji: Endikasyona göre hastalara 12 saatlik ara ile günde 2 x 1/2 veya 2 x 1 filmliblet verilmelidir. Ağır vak'alarda doz günde 3 x 1/2 veya 2 x 2 filmliblete yükseltilebilir. Böbrek fonksiyonu daraldığı zaman Tarivid'in dozu fonksiyon berraklığının derecesine göre ayarlanmalıdır. Serumda d'de 2,5 - 5 mg kreatinin değerlerinde normal tek doz 24 saatte bir uygulanmalıdır. d'de 5 mg veya daha yüksek serum kreatinin değerlerinde tedaviye normal tek dozla başlanmalı ve sonra 24 saatte bir yarı dozla devam edilmelidir.

Ticari şekiller: 200 mg'lık bölünebilir filmlibletler, 10 ve 20 adetlik ambalaj.
Klinik ambalaj.

Hoechst 

TÜRK-HOECHST Sanayi ve Ticaret A.Ş. - Topkapı - İstanbul

namik bulgular elde edildi. Patolojik ürodinamik bulgular elde edilen 35 hastanın cins ve bulgulara göre dağılımı Tablo III'de görülmektedir.

TABLO III: 35 Hastadaki Ürodinamik Bulguların Cinslere Göre Dağılımı

		Erkek	Kadın	Toplam
İdrar akım hızı	Normal	1(%3)	3(%50)	4(%11)
	Azalmış	28(%97)	3(%50)	31(%89)
Mesane Kapasitesi	Normal	9(%31)	—	9(%26)
	Artmış	19(%66)	3(%50)	22(%63)
	Azalmış	1(%3)	3(%50)	4(%11)
İlk işeme hissi	Normal	9(%31)	2(%33)	11(%31)
	Geç	19(%66)	3(%50)	22(%63)
	Erken	1(%3)	1(%17)	2(%6)
Uninhibe	Var	7(%24)	1(%17)	8(%23)
Kontraksiyon	Yok	22(%76)	5(%83)	27(%77)
Rezidüel İdrar	Var	28(%97)	3(%50)	31(%89)
	Yok	1(%3)	3(%50)	4(%11)
Komplians	Normal	8(%28)	—	8(%23)
	Hiperkomp.	17(%59)	3(%50)	20(%57)
	Hipokomp.	4(%13)	3(%50)	7(%20)

Ürodinamik incelemesinde patolojik bulgular elde edilen 35 hastanın 19'unda diabet dışında işeme disfonksiyonuna neden olabilecek başka organik bozukluklar da mevcuttu. Bunların cinslere ve çeşitlerine göre dağılımı şöyle idi:

	Erkek		Kadın
BPH	12(%75)	İnterstisyel sistit	2(%67)
Post üretra darlığı	2(%13)	İrradiyasyon sistit*	1(%33)
M.B.D.	1(%6)	Toplam	3
Kontrakte Mesane (Tbc. Sistit)	1(%6)	*: TUR-Mesane Tm. rezeksiyonu postoperatif radyoterapi nedeniyle gelişmiştir.	
Toplam	16		

Kalan 16 hastada diabet dışında ürodinamik patolojiye neden olabilecek bir neden bulunamadı. Bu hastaların yaş ve cinslere göre dağılımı:

	Sayı	Yaş sınırları	Ortalama yaş
Erkek	13	44-76	58
Kadın	3	48-61	54

şeklinde idi.

Bu 16 hastada görülen ürodinamik bulgular ise Tablo IV'de görülmektedir.

TABLO IV: 16 Diabetik Nöropatili Hastada Görülen Ürodinamik Bulgular ve Cinslere Göre Dağılımı

		Erkek	Kadın	Toplam
İdrar akım hızı	Normal	—	—	—
	Azalmış	13	3	16
Mesane Kapasitesi	Normal	3	—	3
	Artmış	10	3	13
	Azalmış	—	—	—
İlk işeme hissi	Normal	2	—	2
	Geç	11	3	14
	Erken	—	—	—
Uninhibe Kont.	Var	1	0	1
	Yok	12	3	15
Rezidüel idrar	Var	13	3	16
	Yok	—	—	—
Komplians	Normal	3	—	3
	Artmış	10	3	13
	Azalmış	—	—	—

Bu hastalardaki ortak ürodinamik bulgular:

- 1- İdrar akım hızında azalma (% 100)
 - 2- Mesane kapasitesinde artma (% 81)
 - 3- İlk işeme hissinde gecikme (% 87)
 - 4- Rezidüel idrarın mevcudiyeti (% 100)
 - 5- Hiperkomplians (% 81).
- olarak özetlenebilir.

TARTIŞMA

Diabetli hastalarda nöropatiye bağlı semptom ve bulguların görülme oranı yaklaşık % 15 kadardır (5). Uzun süren veya iyi kontrol edilmemiş diabeti olan orta yaşlı ve yaşlı hastalarda gelişme eğilimindedirler (2, 5). Sağlam ve İşeri'nin (4) 1987 yılında yayınlanan 106 nöropatik mesaneli olguda yaptıkları bir çalışmada etyolojik neden olarak hastaların % 6'sında D. Mellitus bulunmuştur.

Çalışmamızda retrospektif olarak değerlendirilen 73 diabetik hastanın 35'inde ürodinamik inceleme patolojik bulunmuştur. Bu hastalardan 19'unda ürodinamik bulguları açıklayacak başka organik bozukluklar mevcuttu. Bunlardan 3 kadın ve 1 erkek hastada mesane kapasitesi küçülmüş olup diğer 15 erkek hastada infravezikal obstrük-

siyon tesbit edildi. Bu 15 erkek hastadaki ürodinamik bulguların primer olarak diabete veya organik bozukluğa bağlı olup olmadığını ayırt etmek için şu kriterler kullanıldı.

1- Diabetik nöropatide idrar akımının ıkınmaya bağlı olarak dalgalanmalar göstermesi,

2- İşeme esnasında intravezikal basınç ölçümü.

Gerek infravezikal obstrüksiyonda, gerekse diabetik nöropatide idrar akım hızının düşük olmasına karşın işeme esnasında infravezikal obstrüksiyonda intravezikal basınç yüksek, diabetik nöropatide ise düşük veya normaldir (3).

Organik bozukluk sapıranmayan diğer 16 hastanın (3 kadın, 13 erkek) ürodinamik bulguları diabetik nöropatiye bağlı olarak değerlendirildi. Hastaların diabetik süreleri, ne derece kontrol altında oldukları ve uyguladıkları medikal tedavi hakkında bilgiler elimizde mevcut değildir.

Bu hastaların yaş ortalaması erkeklerde 58, kadınlarda ise 54 olarak bulunmuştur. Hastalardaki ortak ürodinamik bulgular şöyle özetlenebilir.

- 1- Mesane hissiyetinde azalma,
- 2- Artmış mesane kapasitesi,
- 3- Detrüsör kontraktilesinde azalma,
- 4- İdrar akım hızında azalma,
- 5- Rezidüel idrar.

Diabetik hastalarda tonomik nöropatiye bağlı vezikal disfonksiyon öteden beri bilinen bir konudur (1). Bizim de incelediğimiz 73 diabetik hastadan diabetik nöropatiye bağlı olarak patolojik ürodinamik bulgular veren 16 hastanın yaş ortalamaları ve ortak ürodinamik bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (3, 6).

ÖZET

Kliniğimizde Ocak 1983-Ocak 1987 tarihleri arasında üriner yakınması olan 73 diabetik hastaya ürodinamik inceleme yapıldı. Ürodinamik incelemede patoloji saptanan 16 hastadaki ortak ürodinamik bulgular şu şekilde özetlendi:

- 1- Mesane hissiyetinde azalma,
- 2- Artmış mesane kapasitesi,
- 3- Detrüsör kontraktilesinde azalma,
- 4- İdrar akım hızında azalma,
- 5- Rezidüel idrar.

SUMMARY

Between January 1983 and January 1987, 73 patients with diabetes mellitus were

evaluated urodynamically. Common pathological findings observed on 16 of these patients were outlined as follows:

- 1- Decrease in bladder sensation,
- 2- Increased bladder capacity,
- 3- Decrease in bladder contractility,
- 4- Decreased urine outflow,
- 5- Residuel urine.

KAYNAKLAR

1. **Faerman, I. et al.:** Autonomic nervous system and diabetes: Histological and histochemical study of the autonomic nerve fibres of the urinary bladder in diabetic patients. *Diabetes* 22: 225-237, 1973.
2. **Martin, M.M.:** Diabetic Neuropathy, Clinical study of 150 cases. *Brain* 76: 594-624, 1953.
3. **Mundy, A.R., Blavias, J.G.:** Nontraumatic neurological disorders: Diabetic autonomic neuropathy. *Uroynamics, principles, practice and application*, 27: 283-285, 1984.
4. **Sağlam, R., İşeri, C.:** Nöropatik mesaneli 106 olgunun ürodinamik değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi* 1: 15-22, 1987.
5. **Steinke, J., Soeldner, J.S.:** Diabetes mellitus, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 95: 563-583, 1977.
6. **Thomas, D.:** Clinical Uroynamics in Neurogenic Bladder Dysfunction. *Symposium on Clinical Uroynamics, Urologic Clinics of North America* 6: 237-252, 1979.