



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: 15, Sayı: 3, 545-549

BİR VAZOKUTANEAL FİSTÜL OLGUSU

A CASE OF VASOCUTANEAL FISTULA

ERGENEKON, E.(*), SÜLEYMAN, K.(**), DEMİREL, A.(**)

GENEL BİLGİLER

Akkiz skrotal vazokutaneal fistül nadir görülür (1, 2, 3). Vazokutaneal fistülün meydana geliş nedeni olarak çeşitli yazarlar skrotal injüriyi (1), orşiektomi (2, 3) ve skrotal vazektomi (4, 5) suçlandırmışlardır.

Esasen vazektomi sterilizasyon amacıyla yapılmasına karşın bazan erkeklerde tekrarlayan epididimoorşit nedeniyle alt üriner sistemden vaz deferensler boyunca retrograd enfeksiyon yayılmasını önlemek amacıyla da yapılır. Bu durumda nadiren idrarın vaz deferensler reflüsü sonucu vazokutaneal fistül meydana gelebilir. Desai ve Abrams yayınlarında orşiektomi sonrası görülen 9 tane vazokutaneal fistül olgusu rapor etmişlerdir (5).

Hanley (4), tekrarlayan epididimitin sebebi olarak vazal üriner reflüyü klinik olarak göstermişlerdir. Bu teori ilk olarak 1939 yılında Ewell (6) tarafından öne sürülmüştür. Ewell, aniden şiddetli zorlamayla idrarın vaz deferenslere dolmuş olduğunu düşünmüştür.

Graves ve Engel (7) tarafından eksperimental olarak köpek vaz deferensine steril idrar enjeksiyonu yapılarak deneysel yolla epididimit oluşturulmuştur.

Bir kısım yazarlar epididimitin üriner sistem ve özellikle prostat enfeksiyonlarında mikroorganizmaların vazal lenfatiklerle gittiğini iddia etmişler ve bu görüşü red etmişlerdir (8).

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi. (Prof. Dr.)

(**) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

65 yaşındaki erkek hasta sol taraf skrotal bölgesinden devamlı akıntı gelmesi, sağ taraf skrotumda şişlik, ağrı ve sık sık idrara çıkma şikayetleriyle başvurdu.

4 ay önce muhtemelen iyileşmeyen epididimoorşit nedeniyle sol yumurtasındaki şişlik ve ağrının geçmemesi üzerine sol skrotal orşiektomi geçirmiş. Ameliyattan bir hafta sonra insizyon yerinden akıntı gelmeye başlamış ve bu akıntı giderek artmış.

Akıntının enfeksiyona bağlı olduğu ifade edilerek hastaya antibiyotik verilerek takibe alınmış ancak antibiyotik kullanmasına karşın sol skrotal akıntının devam etmesi ve sağ yumurtasında da şişme olması üzerine hasta kliniğimize kabul edildi.

Fizik muayenede; TA: 160/80 mmHg, Nabız: 96/dk., Ateş: 36,8°C idi. 14 yıldan beri kalp ve akciğer rahatsızlığı nedeni ile tedavi gören hastanın diğer sistem muayeneleri normal değerlendirildi. Sol skrotumda insizyon yerinden idrar vasfında drenaj gözlemlendi ve sağ testis ve epididim sert, ağrılı ve büyümüş olarak palpe edildi. Rektal tuşede grade II cesametinde, yumuşak lastik kıvamında, sulkusu belirgin prostat palpe edildi.

Laboratuvar muayenesinde; idrar mikroskopisinde bol lökosit ve eritrositi olan hastanın idrar kültüründe üreme olmadı. Hb: % 15 gr., Bk: 14000/mm³, BUN: % 16 mg, Kreatinin: % 1,1 mg, AKŞ: % 116 mg, Sedimentasyon 1. saatte 75 mm 2. saatte 88 mm olarak bulundu. Hasta endoskopik muayene ve müdahaleleri kabul etmediğinden üretroskopi ve sistoskopi yapılamadı.

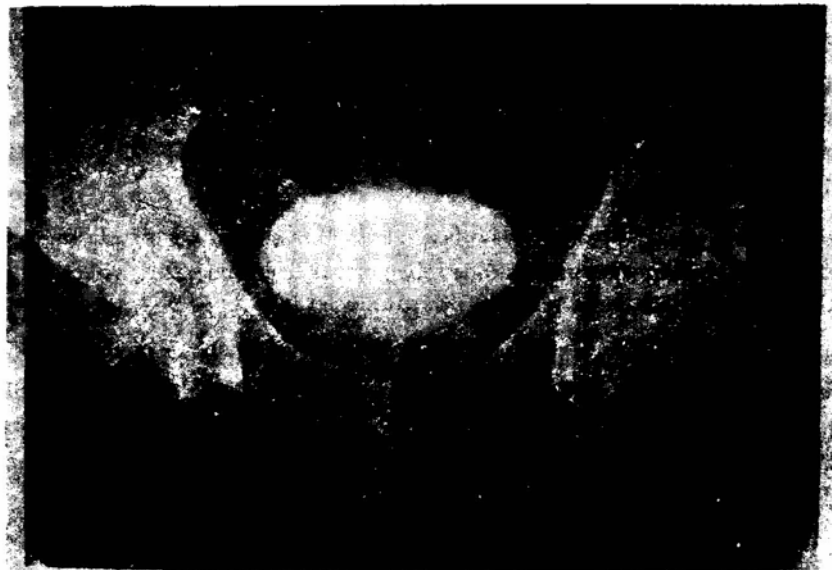
Öncelikle antibiyotik tedavisine alınan hasta klinikte takip edilmeye başlandı. TU sonda konuldu, sol skrotal akıntının kısmen azaldığı tespit edildi. Test amacıyla Helmobleu Drj. verilen hastanın idrarı maviye boyandı ve fistülden gelen akıntının da mavi renkte olduğu görüldü.

TU sondası alınıp üretrosistografi çekildi (Resim 1 ve 2). Üretrosistografide opak maddenin o taraf duktus deferensini tamamen doldurduğu gözlemlendi. Çekilen İ.V.P.'lerde mesanede BPH'a ait indentasyon mevcuttu.

Hastaya yapılan tetkikler tamamlandıktan sonra lokal anestezi altında fistül mesirinden girilerek solda duktus deferense ulaşıldı, 4 cm kadar kord ekzizyonu yapıldı, etraf nekrotik dokular debride edildi, eksize edilen kord sütürlü bağlandı. Sonra aynı seansta iyileşmeyen sağ orşiepididimit nedeniyle sağ orşiektomi yapıldı.

Hastadan ameliyatla alınan spesmenlerin histopatolojik yapısı tüberkülozla uyumlu granülomatöz iltihap olarak rapor edildi.

Postoperatif dönemde dokunun histopatolojik yapısına uygun ilaçla tedavisi sürdürülen hastanın ilk önceleri TU sondalı, sonraları sondasız olarak 3 ay takibi yapıldı ve fistülün tekrarlamadığı gözlemlendi.



Resim 1:



Resim 2:

Kronik nörojenik mesanesi ve pasif idrar akımı olan hastaların % 40'dan fazlasında prostat, seminal keseler ve hatta vaz deferenslere idrar reflüsü olduğu gösterilmiştir (9). Bunda reflüyü predispoze eden faktörler açık değildir.

Nurmi ve Nelimarkka (10), 33 yaşındaki meningomyeloselli bir olguda rapor ettikleri bilateral vazokutaneal üriner fistülde sebep olarak üretrada basınç yüksekliği ve enfekte idrarın vaz deferenslere reflüsünü düşünmüşlerdir.

Epididimlere olan yayılmanın şekli spekülâtif kalmakla birlikte idrar akışını zorlaştıran üretral obstrüksiyon varlığında idrarın retrograd olarak vaz deferenslere reflüsü hususunda hiçbir şüphe yoktur. Bu durumda Carlton ve Leader (11) sistometrografi vasıtasıyla radyolojik olarak göstermişlerdir.

SONUÇ

Vazokutaneal fistül nadir olarak görülmesine karşın skrotal injürilerden, orşiektomiden ve skrotal vazektomiden sonra oluşabilir. Fistülün meydana gelişinde ürogenital sistem enfeksiyonların ve üretral rezistansın yüksekliği önemli rol oynarlar. Bu gibi durumlarda, vaz deferenslerde oluşan retrograd idrar reflüsü söz konusudur.

ÖZET

Nadir görülen bir vazokutaneal olgusu rapor edildi.

SUMMARY

A rarely seen vasocutaneal fistula case was reported.

KAYNAKLAR

- 1- Yamusto, R., Nakanishi, J., Kishimoto, T., Mackawa, M., Funai, K. and Tsujita, M.: Vasocutaneous fistula following scrotal injury. Br. J. Urol. 56: 222, 1984.
- 2- Cobb, O.E., Lane, F.C. and Anderson, E.E.: Vasocutaneous fistula. J. of Urol., 95: 788-790, 1966.
- 3- Henriët, R.: Fistule urinaire scrotale par reflux urethrodefrentiel. Journal d'Urologie et de Nephrologie, 82: 523-524, 1976.
- 4- Hanley, H.G.: Urinary fistula following scrotal vasectomy. Br. J. Urol. 17: 54-55, 1945.
- 5- Desai, K.M., Abrams, P.: Vasal urinary fistula with retrograde reflux of urine after vasectomy. J. of Urol., V. 135: 1023-1024, 1986.
- 6- Ewell, G.H.: Traumatic epididymyo-orchitis. J.A.M.A., 113: 1105, 1939.
- 7- Graves, R.S. and Engel, W.J.: Experimental production of epididymitis with sterile urine; clinical implications. J. Urol., 64: 601, 1950.

- 8- **Wesson, M.B.:** Epididymitis, facts and fancies. Med. Clin. N. Amer., 43: 1645, 1959.
- 9- **Madersbacher, H.:** The neuropathic urethra: urethrogram and pathophysiologic aspects. Eur. Urol., 3: 321-332, 1977.
- 10- **Nurmi, M. and Nelimarkka, O.:** Bilateral vasocutaneous urinary fistula. Br. J. Urol., V. 61 (1): 96, 1988.
- 11- **Carlton, C.E., Jr. and Leader, A.J.:** The cystourethrographic demonstration of retrograde urinar flow in the vas deferens as a cause of epididymitis. J. Urol., 84: 123, 1960.