

Bir Renokolik Fistül Olgusu

**Dr. Vural SAÇAK (1), Dr. Bülent MANSUROĞLU (2), Doç. Dr. Erdinç ÜNLÜER (3),
Dr. Suat ÖZKAN (2),**

ÖZET

Halsizlik, sol yan ağrısı, bulantı, kusma, karın ağrısı, titreme ve ateş şikayetleri ile başvuran 28 yaşındaki erkek hastaya yapılan muayene ve tetkikler sonucu sol taşı afonksiyone böbrek ve pyonefroz tanısı konuldu. Nefrektomi yapılmak üzere operasyona alınan hastada peroperatuar renokolik fistül saptandı.

Bu vaka takdiminde reno-intestinal fistülün klinik bulgusu, tanısı ve tedavisi ile tartışmalar sunuldu.

Anahtar Kelimeler: *Fistül, Üriner fistül, Renokolik fistül*

SUMMARY

(Renocolic Fistula: A case report)

A 28 year old male patient presented to our clinic with left flank pain, stomach ache, chilling fever. During routine physical and radiological examination, the patient was found to have left non-functioning kidney with renal stone and pyonephrosis. With these findings, left nephrectomy was offered to the patient. During the operation, a renocolic fistula was discovered between the upper pole of the left kidney and the ascending colon. Nephrectomy was performed together with the primary repair of the fistula.

With this case report, we have reviewed the clinical presentation, the diagnosis and treatment of the renocolic fistulas.

Key Words: *Fistulas, Urinary Tract Fistulas, Renocolic Fistulas*

OLGU TAKDİMİ

28 yaşında erkek hasta Nisan 1993 tarihinde 5 aydır sürmekte olan halsizlik, sol yan ağrısı, zaman zaman olan karın ağrısı, bulantı, kusma, titreme, ateş şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hasta 8 yıldır, zaman zaman olan sol kolik renal ile küçük taşlar düşürdüğünü ifade ediyor. Her kontrolünde medikal tedavi uygulanan hastanın şikayetleri azalmış, fakat son 5 ay içinde pyelonefritik ataklar başlamış. Bu sırada hasta, gastrointestinal sistemle ilgili hiçbir şikayet ifade etmiyor.

Hastanın öz ve soy geçmişinde bir özellik yok idi. Dahili muayenesi normal bulundu. T.A.: 110/80 mm Hg, nabız: 80/dakika ritmik idi. Yapılan fizik muayenede sol kostovertebral açıda künt palpasyonla hassasiyet dışında bir özellik yoktu.

LABORATUAR

Hastamızın idrar sedimentinde piyüri saptandı. İdrar kültüründe E.Coli üredi (koloni sayısı 100.000'den fazla idi). Hastamızın hemogramında lökosit sayısı 20.000/mm³, eritrosit sayısı 5.27 mil-

yon/mm³ idi. Hastamızın sedimantasyonu 30 dakikada 9, saatlik ise 44 idi. Hastamızın kan albumin seviyesi 2.1 g/dL olarak düşüktü.

Hastamızın radyolojik incelemelerinde akciğer grafisinde bir özellik bulunmazken, direkt üriner sistem grafisinde sol böbrek lojuna uyan 2 cm çapında opasite mevcuttu.

Ürografik incelemelerde son böbrekte fonksiyon görülmemekte, sağ böbrek ve ureterde ise patolojik bulgu yoktu. Hastamızın ultrasonografisinde sol böbrek boyutları 90x51 mm, parankim kalınlığı 8 mm olarak ölçülmüştü. Sol böbrek parankim ekosunda hafif artış ile beraber Grade III pelvikaliseal ektazi mevcuttu. Böbrek alt kaliksinde 20x13 mm ebadında kalkül ve piyonefroz görünümü vardı. Hastamızın çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde, sol böbrek parankimi incelmış olup piyonefroz görünümü ve fonksiyon kaybı mevcut; sol ureter ektazik olarak intramural bölüme kadar izlenmekte ve ureter içinde eko veren nonopak kalkül lehine yorumlanmış görünümler mevcut idi.

OPERASYON

Hasta sol afonksiyone taşlı böbrek ve piyonefroz ön tanısı ile operasyona alındı. Sol flank insizyonla katlar geçildi. Ureter dilate, ödemli ve periüretral sahaya yapıştı. Diseksiyon esnasında pelvis açıldı ve içinden fekaloid kokulu, pürülan sıvı geldi. Ayrıca böbrek de perirenal dokulara ve peritona yapıştı.

SSK İstanbul Hastanesi Üroloji Kliniği

(2) Asistanı

(1) Uzmanı

(3) Klinik Şefi

Üst pol ile periton arasında sıkı bir irtibat olduğu görüldü. Bu irtibatın sol böbrek üst pol parankimi ile transvers kolon arasında olduğu anlaşıldı (renokolik fistül). Fistül traktı ortaya kondu. (Bkz. Resim 1). Hastamıza nefro-üretrektomi uygulandı. Kolondaki fistül yeri primer olarak onarıldı. Böbrek lojuna ve peritona birer adet dren kondu ve katlar kapatıldı. Hasta postoperatif 7. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

PATOLOJİ

Hastamızın incelenen patolojik piyesinde abseleşen nonspesifik kronik piyelonefrit ve ureterit olarak değerlendirildi. (30.4.1993; No:2244/93)

TARTIŞMA

Renokolik fistül genellikle böbreğin akut veya kronik hastalığı ile beraber görülen oldukça nadir bir durumdur. İlk bildirilen vaka Hippokrates dönemlerinden olup, literatürde şimdiye kadar bildirilen 100 civarında vaka mevcuttur (1). Genellikle inen veya çıkan kolonda görülür. Sigmoid kolon, çekum ve duodenuma da fistül bildirilmiştir. (2,7). Etyolojide iskemi, nekroz ve kronik inflamasyon predispozan faktörlerdir(1). Etyolojiyi incelediğimizde şunlar bulunmuştur (1,3):

- a- Kolonun divertiküler hastalığı
- b- Crohn Hastalığı
- c- Aktinik lezyonlar
- d- Travma
- e- Tüberküloz
- f- Obstrüktif piyonefroz
- g- Malinite
- h- Fungal infeksiyonlar



Resim 1- Kolorenal Fistül Traktı

En sık görülen sebep, bizim olgumuzda da olduğu gibi obstrüktif piyonefrozdur. Renokolik fistüle özgü klinik bir bulgu yoktur. Zaman zaman olan üriner ve

gastrointestinal sisteme ait nonspesifik şikayetler hem hasta hem de doktorlar tarafından kolaylıkla atlanabilmektedir. (1,3). Üriner sistemde tekrarlayan piyelonefrit atakları, gastrointestinal sistemde iştahsızlık, bulantı, kusma, kabızlık veya ishal, kilo kaybı, pnömatüri, ve rektumdan taş düşürülmesi görülebilir. Laboratuvar tetkiklerinde hastalarda, lökositoz ve piyüri vardır. Kültürde genellikle Proteus, E. Coli, Pseudomonas izole edilir (1,3).

Preoperatif tanı koymak zordur. İntravenöz pyelografi ve baryumlu kolon grafisi fistülün varlığı ve lokalizasyonu ile ilgili önemli bilgiler verir. Ayrıca retrograd pyelografi ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tetkikleri de yapılabilir(1,3,4,5). Oral metilen mavisinin idrarla atılımı veya intravenöz indigo-karmen enjeksiyonunu takiben dışkıının da boyanması tanıyı güçlendirir (1). Kesin tanı ancak peroperatuar konur.Tedavi cerrahidir. Fistül traktı ortaya konduktan sonra nefroüretrektomi ve fistül traktının eksizyonu gerekmektedir. Genellikle kolostomiye gerek kalmadan kolonun primer onarılması yeterlidir (1,2,6). Bazı araştırmacılar tarafından ureteral stent yerleştirmenin nefroktomiye alternatif olabileceğini ileri sürmelerine rağmen bu pek itibar gören bir yaklaşım olmamıştır (1).

Renokolik fistülün prognozu, etyolojiye göre değişmektedir. Malinite dışında bir nedene bağlı ise ve diğer böbrek sağlam ise cerrahi sonucu prognoz hastalarda iyidir.

KAYNAKLAR

- 1- Meereville M, Elkauss J, Schuster GC. Spontaneous renokolik fistula secondary to calculous pyonephrosis. Urology 1988;31:147-150.
- 2- Artus GW, Menis DG. Renoalimentary fistula, Br.J.Surg 1966;53-396.
- 3- Puyol JM, Pinlack J, Talbot WR. Enterourinary fistula. A study of 2 cases. Arch Esp Uro 1990;43(5):457-460.
- 4- Yamaguchi T, Irisawa C, Ishii N. Renocolic fistula caused by xanthogranulomatous pyelonephritis. A case report: Hinyokiko Kio 1990; 36(1):63-7.
- 5- Bretagne MC, Bernard C, Canel MA. Renocolic fistula complicating vesicorenal reflux and xanthogranulomatous pyelonephritis in a 20 year old man. J Radiol 1989 70(8-9):483-6.
- 6- Tabala EJ, Liarena R, Pertusa PC. Renocolic fistula Arch Esp Urol 1989;42(6):569-71.
- 7- Desnand JM, Ewans SE, Cough A. Pyeloduodenal fistula. Case report of two cases and review of the literature. Clin Radiol 1989; 40(3): 267-70.