● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی ۲۰)، صفحه ٦١ الی ٦٣، پاییز ۱۳۸۲
دریافت: ۸۱/٦/۱۰، پذیرش: ۸۱/۱۲/۲۰

درمان جراحی گزارش یک مورد فیستول حالب به واژن در کلیه های به هم چسبیده لگنی

دکتر علی اکبر کسائیان*، دکتر ارسلان علی رمجی
استادیار گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: فیستول حالب به واژن حدود۱۰٪ از فیستول ادراری را تشکیل می دهد که شایع ترین علت آن عمل جراحی لگنی می باشد. همراهی این نوع فیستول در کلیه های بهم چسبیده لگنی تاکنون گزارش نشده و تکنیک ترمیم آن نیز بعلت موقعیت کلیه ها، حائزاهمیت می باشد.

گزارش مورد: خانم ۱۸ ساله ای که پنج روز بعد از عمل سزارین دچار بی اختیاری ادراری دائم شده بود بعد از یک ماه مراجعه کرد. در یوروگرافی بیمار، کلیه های به هم چسبیده لگنی همراه با هیدرو یورترو نفروز طرف چپ وجود داشت. با انجام سیستوسکپی و تست رنگی زیر بیهوشی، فیستول مثانه به واژن وجود نداشت. سوند حالبی از محل فیستول حالب به علت تنگی عبور نکرد، فیستول حالب به واژن تشخیص داده شد. جهت ترمیم خط وسط پایین شکم انسزیون داده شد. به علت کوتاهی طول حالب و کلیه های به هم چسبیده لگنی که روی عضله پسوآس قرارداشت، ترمیم با روش های دیگر مانند آناستوموز مستقیم حالب به مثانه و استفاده از عضله پسوآس امکان پذیر نبود. تنها روش قابل ترمیم، استفاده از فلپ مثانه ای بود که انجام شد. پس از عمل، بی اختیاری ادرار برطرف شد.

نتیجه گیری: نوع ترمیم فیستول حالب به واژن بستگی به طول حالبی پروکسیمال به فیستول دارد مانند آناستوموز مستقیم حالب به مثانه، استفاده از عضله پسوآس و فلپ مثانه ای است. ترمیم فیستول حالب در کلیه هائی که در ناحیه لگنی قرار دارند و طول حالب کوتاهی دارند با روشهای دیگر مشکل و تنها راه ترمیم، استفاده از فلپ مثانه ای می باشد.

واژه‌های کلیدی: *فیستول حالب به واژن، کلیه های بهم چسبیده لگنی، فلپ مثانه ای.*

مقدمه

فیستول های ادراری تناسلی بطور کلی به سه دسته، فیستول های حالب به واژن، مثانه به واژن یا رحم و مجرا به واژن تقسیم می شوند(۱). فیستول های ادراری تناسلی معمولاً درکشورهای درحال توسعه (در ۸۰٪ تا ۹۰٪ موارد) بدنبال زایمانهای مشکل و طولانی و درکشورهای پیشرفته به دنبال اعمال جراحی لگنی ایجاد می شوند(۲و۱). فیستول های مثانه به واژن شایعترین فیستول های ادراری هستند(۱). فیستول های حالب به واژن نادر و حدود ۱۰٪ فیستول های ادراری را تشکیل می دهند(۲) و همراه بودن آنها در کلیه های بهم چسبیده لگنی که خود بسیار نادر هستند(۴و۳) گزارش نشده است. درمان فیستول های ادراری در کلیه های طبیعی، بسته به خصوصیات فیستول متفاوت می باشد و روش ترمیم با توجه به خصوصیات فیستول انتخاب و انجام می شود(۷-۵).

گزارش مورد

خانم ۱۸ساله ای بدنبال طولانی شدن مدت درد زایمانی به بیمارستانی در آمل مراجعه و بطور اورژانس تحت عمل سزارین قرار

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.11.0]

می گیرد، پنج روز بعد از عمل دچار بی اختیاری دائم ادراری می شود. بیمار یک ماه بعد از عمل به درمانگاه بیمارستان شهید بهشتی بابل مراجعه نمود. در معاینه واژن بیمار، ادرار وجود داشت. در IVU (Zntravenons Urography)، کلیه های بهم چسبیده لگنی و هیدرو یورترو نفروز در طرف چپ دیده می شد(شکل ۱).

شکل ۱. IVU بیمار قبل از عمل

در سیستوسکوپی و تست رنگی که زیر بیهوشی انجام شد، فیستول مثانه به واژن وجود نداشت. عبور سوند حالبی به منظور اولین اقدام درمانی، امکان پذیر نبود و سوند در سه سانتی متری سوراخ حالب بعلت تنگی محل فیستول ناشی از فیبروز متوقف می شد. با توجه به یافته ها، فیستول حالب به واژن تشخیص داده شد. بیمار ۴۵ روز بعد از سزارین تحت درمان جراحی ترمیم فیستول قرارگرفت. جهت درمان، شکم با برش خط وسط، زیر ناف باز شد. با توجه به آنومالی کلیه های به هم چسبیده لگنی و طول کوتاه حالبی، امکان استفاده از تکنیک های دیگر وجود نداشت، بنابراین روش استفاده از فلپ مثانه ای جهت ترمیم انتخاب شد. ابتدا حالب چپ تا نزدیکی مثانه در محل فیستول آزاد وقطع شد. انتهای آزاد شده حالب پس از باز کردن مثانه و ایجاد فلپ مثانه ای، در زیر مخاط فلپ مثانه ای همراه با استنت حالبی ِایمپلنت (کاشته) شد(شکل ۲). در پیگیری بیمار تا شش ماه بعد از عمل، بدون عارضه و کاملاً خشک بود.

شکل ۲. IVU بیمار بعد از عمل

بحث

کلیه های بهم چسبیده لگنی نادر(۴) و ایجاد فیستول حالب به واژن در این نوع بسیار نادر است(۳) و تجربه در این زمینه کم می باشد. تشخیص فیستول حالب به مثانه براساس علائم بالینی، تست رنگی وIVU می باشد(۸). درمان فیستول های حالب به واژن با روش های مختلف غیر جراحی و جراحی انجام می گیرد(۹). اولین اقدام درمانی در فیستول های حالب به واژن، گذاشتن سوند حالبی از طریق رتروگرید و یا آنته گرید می باشد(۷و۲و۱). در صورتیکه طول مدت استقرار فیستول زیاد باشد و گذاشتن سوند حالبی امکان پذیر نباشد مانند این بیمار که یک ماه بعد از ایجاد فیستول مراجعه کرده بود و امکان سوندگذاری وجود نداشته باشد باید اقدام به عمل جراحی کرد(۱). انتخاب روش عمل بستگی به علت، محل، شدت ضایعه و طول حالب بالای فیستول دارد. فیستولهای حالب پائین در حالت طبیعی با روش reimplantation (دوباره کاشتن) و فیستولهای بالاتر به صورت آناستوموز (انتها به انتها) end to end و psoas hitch و یا boary flap ترمیم می شوند(۶و۵و۱). در کلیه های به هم چسبیده لگنی این بیمار به علت آنومالی آناتومیکی، محل کلیه ها و طول حالب کوتاه، ترمیم با روشهای اتصال به عضله پسوآس (Psoas hitch) و eimplantation امکان پذیر نبود. بنابراین روش مناسب و قابل دسترسی در این بیمار، استفاده از فلپ مثانه ای انتخاب و انجام شد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.11.0]

References

1. Walsh P, Gittes R, Perlmutter A, et al. Campell's urology, 5th ed. Philadelphia, WB Saunders 1986; 2: 1674-5.

2. Tahzib F. Epidemiological determinants of vesicovaginal fistula. Br J Obstet Gynecol 1983; 90: 387-91.

3. Delson B. Ectopic kidney in obstetrics and gynecology. N.Y State J Med 1975; 75: 2522.

4. Dretles SP, Olsson CA, Pfister RC. The anatomic, radiologic and clinical characteristics of the pelvic kidney and analysis of 86 cases. J Urol 1971; 105: 623.

5. Zimmerman IJ, Precourt WE, Thompson CC. Direct ureterocysto- neostomy with a short ureter in the cure of the ureterovaginal fistula. J Urol 1960; 83: 113.

6. Turner Warwick RT, Worth PHL. Psoas bladder hitch procedure for the repair of the lower third of the ureter. Br J Urol 1969; 41:701.

7. Koonings PP, Huffman JL, Schlaerth JB. Ureteroscopy, A new asset in the management of post-operation ureterovaginal fistula. Obster Gynecol 1992; 80: 548-9.

8. Akman RY, Sargin S, Ozdemir G. Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: a review of 39 cases. Int Urol Nephrol 1999; 31(3): 321-6.

9. Choe JM. Diagnostic work up in: Freedom regained: Femail urinary incotinence can overcome. Cilumbus, Ohio: Anadem Publishing 1999; pp: 99-100.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش ارولوژی، تلفن: ۵-۲۲۵۲۰۷۱-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.11.0]