● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی١٦)، صفحه ٥٥ الی ٥٨ پاییز ١٣٨١

گزارش یک مورد فیستول بزرگ وزیکو واژینو رکتال به همراه سنگ بسیار بزرگ در داخل فیستول

دکتر ارسلان علی رمجی[1*] ، دکتر یوسف رضا یوسف نیا پاشا[1] ، دکتر پروانه منصوری [2]

١- استادیار گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل٢- متخصص جراحی عمومی

سابقه و هدف: فیستول وزیکوواژینال به دنبال جراحی‌های لگن، رادیوتراپی لگن سرطان سرویکس و یا تروما به وجود می‌آید. درمان‌های مختلفی براساس عامل به وجود آورنده و اندازه فیستول وجود دارد. در موارد نادری این فیستول می‌تواند گسترش پیدا کرده و رکتوم را نیز درگیر کند. در داخل هر فیستول وزیکوواژینال به دنبال عفونت مکرر ادراری احتمال ساختن سنگ وجود دارد (اگرچه بسیار نادر است).

گزارش مورد: بیمار خانم ٥٥ ساله‌ای است که با بی اختیاری کامل ادرار که به دنبال یک زایمان مشکل در ٣٠ سال قبل به وجود آمده بود، به بخش ارولوژی مراجعه کرده است. ٥ سال بعد از زایمان به علت ایجاد فیستول تحت عمل قرار گرفت و بعلت بزرگی فیستول حالبها به سیگموئید پیوند زده شدند (روشی غیر مرسوم). بعد از مراجعه بیمار و انجام آزمایشات پاراکلینیکی سنگ بزرگی به ابعاد ١٠×١٠ سانتی متر تمام یورترا، واژن و رکتوم را پر کرده بود که بعد از آمادگی بیمار تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفت و سنگ خارج گردید.

نتیجه‌گیری: از عوارض دیر هنگام اتصال حالب به سیگموئید می‌توان از تنگی محل اتصال و سرطان رکتوم و تشکیل سنگ نام برد. این موضوع اهمیت پیگیری وضعیت بیماران را بعد از عمل بیشتر می کند.

واژه‌های کلیدی: *فیستول وزیکوواژینال، وزیکوواژینورکتال، سنگ، بی اختیاری ادرار.*

مقدمه

جراحی لگن (هیسترکتومی ساده شکمی یا واژینال و سزارین) رادیوتراپی لگن، سرطان سرویکس و تروما از عوامل ایجاد کننده فیستول وزیکوواژینال هستند (٢و١). اکثر فیستول‌های ناشی از وضع حمل را می‌توان بلافاصله بعد از تشخیص ترمیم نمود. روش واژینال (٣) برای اکثر این فیستول ها مناسب است. اما بعضی از این فیستول‌ها دچار عود می‌شوند(۴) و یا به علت بزرگی به این روش جواب نمی دهند. یکی از روشهای غیرمعمول اتصال حالبها به سیگموئید است که بیشتر در گذشته انجام می‌شد. اما تشکیل سنگ در این بیماران به دنبال وجود جسم خارجی، عفونت ها و کاتترها و یا باقی ماندن سوچور در ناحیه عمل می‌تواند باشد (۶-۴و١). که سنگ می‌تواند با گسترش به دیواره های کناری خود فیستول های پیچیده تری را به وجود آورد. نمونه این گسترش به دیواره های کناری خود فیستول های پیچیده‌تری را به وجود آورد. نمونه این بیمار که به دنبال اتصال حالبها به سیگموئید و عفونت مکرر ادراری سنگ د رناحیه رکتوم تشکیل و از طریق رکتوم به واژن گسترش پیدا کند بسیار نادر گزارش شده است (٢).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.10.2]

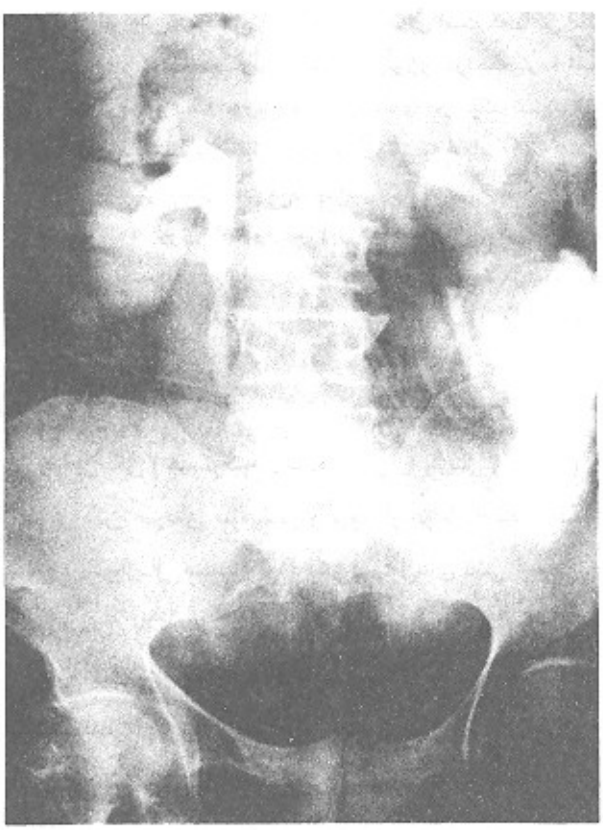
گزارش مورد

خانمی ۵۵ ساله که در مرداد سال ۱۳۸۰ با بی‌اختیاری ادرار به بخش اورولوژی بیمارستان شهید بهشتی مراجعه کرده است که از ۳۰ سال گذشته به دنبال یک زایمان مشکل با جنین ۸ ماهه مرده متولد شده به وجود آمده است. بیمار حین زایمان دچار فیستول شده بود. ۵ سال بعد از ایجاد فیستول وزیکواژینال، در تهران تحت عمل جراحی ترمیم فیستول قرار گرفت ولی به علت بزرگی فیستول ترمیم انجام نشد و حالبها به سیگموئید پیوند زده شدند(یورتروسیگموئیدوستومی دو طرفه). بیمار تا زمان بستری در بخش اورولوژی این بیمارستان به جای دیگری مراجعه نداشته است.در آزمایشات بعدی که برای بیمار صورت گرفت در یکبار کامل سنگ بسیار بزرگی به ابعاد ۱۰ در ۱۰ سانتی‌متر در ناحیه لگن مشهود بود(شکل۱).



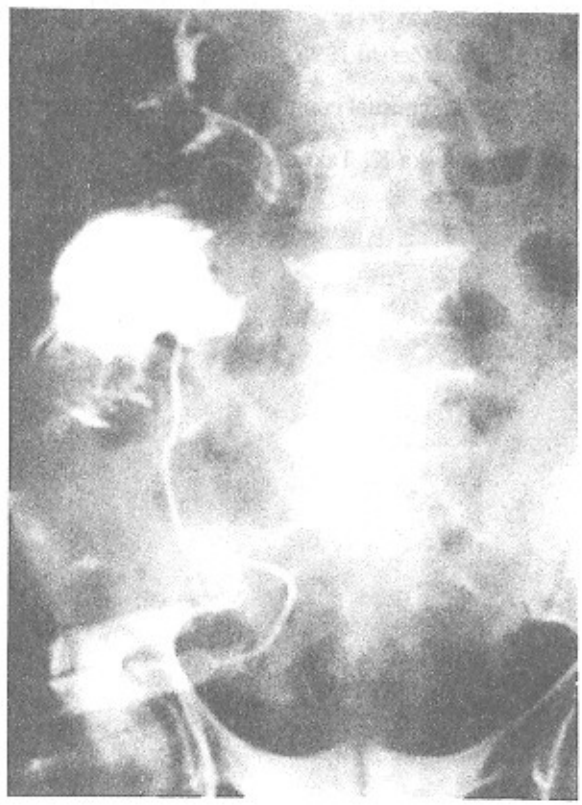
شکل۱. K.U.B قبل از عمل جراحی

در یکبار کامل هر دو کلیه طبیعی بودند و فقط حالب طرف چپ کمی گشادتر از معمول بود. سی تی اسکن نیز یافته‌های فوق را تایید کرد. در سیستوسکوپی و معاینه لگن تمام یورترا، واژن و رکتوم توسط سنگ بزرگی پر شده بود. پس از آمادگی بیمار تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفت، مثانه آتروفی شده بیمار باز و سنگ بسیار بدبویی که تمام کف مثانه، واژن و رکتوم را اشغال کرده بود، خارج گردید. ۶ تا ۷ سانتیمتر نقص و پارگی به علت وجود سنگ در دیواره قدامی رکتوم به وجود آمده بود که در دو لایه ترمیم شد و کلوستومی پروکسیمال برای بیمار انجام گرفت. در ادامه مثانه، رحم و تخمدانها که کاملاً آتروفیک بودند خارج گردیدند و آناستوموز ایلئوم و کولون انجام گرفت و مثانه جدید از سکوم و کلون صعودی ساخته شد و دو حالب از محل اتصال به سیگموئیدها که قبلاً انجام شده بود جدا و به مثانه پیوند زده شدند و آپاندیس نیز پس از پاره شدن کران یا نوک و گشاد کردن لومن آن تا نلاتون ۱۲ به ناحیه ناف پیونده زده شد. با گذاشتن دو سوند حالب و دو درن در لگن و دو لوله در مثانه جهت تخلیه ادرار مثانه دوخته شد و به دنبال آن شکم نیز بسته شد. بیمار یکماه بعد با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید. دو هفته بعد از جراحی (شکل۲) و شش ماه بعد از ترخیص (شکل۳) I.P.V انجام شد. بیمار فعلاً منتظر بستن کلوستومی است.



شکل۲. I.V.P دو هفته بعد از عمل جراحی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.10.2]



شکل۳. I.V.P شش ماه بعد از عمل جراحی

بحث

این بیمار با بی اختیاری کامل ادراری از طریق رکتوم مراجعه کرده بود که معمولاً در فیستول‌های پیچیده که مثانه و واژن و رکتوم با هم ارتباط داشته باشند به وجود می آید. یکی از عوارض ذکر شده توسط منابع مختلف در فیستول وزیکوواژینال ، تشکیل سنگ در مثانه یا واژن است که نیاز به عوامل مساعد کننده ای مثل عفونت، استاز ادرار در مثانه، وجود جسم خارجی مثلاً باقی ماندن سوچر در محل عمل و همچنین وجود کاتتر تحریک کننده و ... دارد که فرد با بی اختیاری ادرار تب، درد مبهم در پائین شکم و همچنین دفع ادرار از واژن مراجعه می کند. در این بیمار ابتدا در اثر زایمان سخت فیستول اولیه وزیکوواژینال به وجود آمده که ترمیم صورت نگرفت و عمل یورتروسیگموئیدستومی دو طرفه انجام شد.

از عوارض زودرس این روش به هم خوردن بالانس الکترولیت‌های خون، عفونت مکرر کلیه (پیلونفریت) می باشد و از عوارض دیررس آن می توان از انسداد یا تنگی محل اتصال حالبها به سیگموئید، ایجاد سرطان رکتوم و تشکیل سنگ نام برد. در موردی که توسط دکتر singh.k گزارش شده است سنگ در واژن که به دنبال یک obstructed labour ایجاد شده بود به رکتوم گسترش پیدا کرده و فیستول پیچیده وزیکوواژینورکتال را به وجود آورده است(۷). اما در بیمار فوق به دنبال خروج ادرار از سیگموئید و عفونت ادراری مکرر و عدم مراجعه به پزشک و درمان کافی، سنگ تشکیل شده که به تدریج به دیواره قدامی رکتوم نفوذ کرده و این فیستول بزرگ و غیر طبیعی را بوجود آورده است. با توجه به این مورد و موارد نادر گزارش شده دیگر مراقبت نزدیک از بیمارانی که تحت عمل جراحی اتصال حالب به سیگموئید قرار می‌گیرند از نظر عوارض زودرس و عوارض دیررس بسیار ضروری به نظر می رسد.

****

References

1. Segawa N, Katsuoka Y, Kaneda K. Vesicovaginal fistula with a giant vesicovagina stone a case report. J Honyokika Kiyo 1998; 44(7): 517-20.

2. Ndirangu K. Bladder calculus causing vesicovaginal fistula in pregnancy. Br J Urol 1991; 68(4): 433-4.

3. Methfessel HD. Occlusion of vesicovaginal fistula with latzko repair. Geburtshilfe Frauenen Keilkd 1992; 52(10): 606-10.

4. Mahapatra TP, Rao MS, Rao K, et al. Vesical calculi associated with vesico vaginal fistula. J Urol 1986; 136(1): 44-5.

5. Pajor L, Szabo V. Bladder stone formation a vaginal fistula. Br J Urol 1995; 26(5): 654.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.10.2]

6. Otsuka M. A case of giant vaginal stone around a foreign body associated with vesico vaginal fistula. J Nippon Saka Fujinka Gakkai Zasshi 1996; 48(5): 354-62.

7. Singh K. An unusual complication of vesical stones. Int Urog Necol J Pelvic Floor Dys Funct 2002;13.

8. Ueuo Y, Hoska K, Takezaki T. A case of vesicovaginal fistula with vaginal stone. Hinyokika Kiyo 1999; 45(11): 763-5.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش ارولوژی، تلفن:٤-٢٢٥٢٠٧١-٠١١١.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.4.10.2]