

Anal atrezisiz konjenital rekto-vestibüler fistül: Olgu sunumu

Haluk SARIHAN, Rahmi AKYAZICI, Musa ABEŞ, Kadriye YILDIZ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Patoloji Anabilim Dalları, Trabzon

Summary

Congenital recto-vestibular fistula without imperforate anus: Case report

Congenital recto-vestibular fistula without imperforate anus is rare, representing less than 1 % of anorectal malformations. Anatomical levels of the fistulous tracts are different according to authors. The pathology is encountered relatively more frequently in Asian countries than in Western countries. Treatment should be surgically; but simple excision of the fistulous tract without pull-through of the anterior wall of the rectum leads to a higher risk of recurrence. We have presented a case with congenital recto-vestibular fistula without imperforate anus.

Key words: Recto-vestibular fistula, anal atresia, anus

Giriş

Anal atrezi, konjenital intestinal anomalilerin sık rastlanan şekillerinden biridir. Kızlarda sıklıkla rekto-vestibüler veya rektovajinal fistülle birlikte bulunur (4). Normal anal anatomi ile birlikte konjenital rekto-vajinal veya rekto-vestibüler fistül nadir olup, anorektal anomaliler içinde % 1 den az olarak görülmektedir (1,5). Anomali, "Anal Atrezisiz Rekto-vestibüler Fistül" veya "Sindirim kanalının çift sonlanması" şeklinde adlandırılmıştır (1). Normal anal anatomiye sahip olup, konjenital rekto-vestibüler fistülü bulunan 3 yaşındaki bir kız olgu sunularak, literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

3 yaşında kız çocuğu, vajinadan dışkı gelmesi yakınması ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fa-

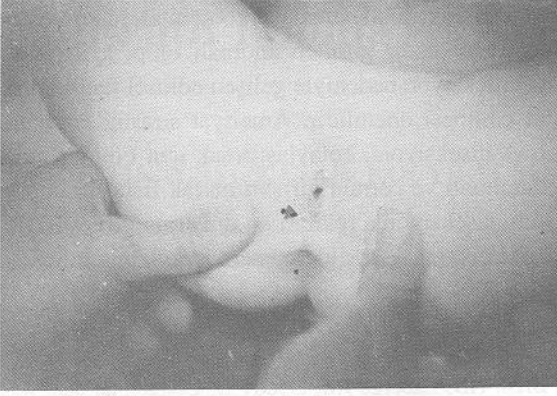
kültesi Çocuk Cerrahisi Polikliniğine başvurdu. Aile, yenidoğan döneminde bebeğin vajinasından dışkı geldiğini farketmiş. Bu yakınmayla başvurdukları hekim, problemin önemli olmadığını ve zamanla geçebileceğini söylemiş. Aile bu tarihten itibaren aynı yakınmayla başka bir hekime gitmemiş.

Fizik incelemede normal yerleşimde ve genişlikte anüs ile birlikte, vestibulumun sağ köşesinde yaklaşık 7 mm çapında bir orifis bulunmaktaydı (Resim 1). Jinekolojik pozisyonda bu orifisten 7 nolu Hegar bujisi itilip aynı anda rektal tuşe yapıldığında, bujinin ucu anokutenöz hattın yaklaşık 2.5 cm üstünde ve saat 10 kadranında hissedildi. Hastanın rekto-vestibüler fistülü olduğu saptandı. Üriner sistem anomalisi açısından intravenöz piyelografi incelemesi yapıldı ve normal olarak değerlendirildi.

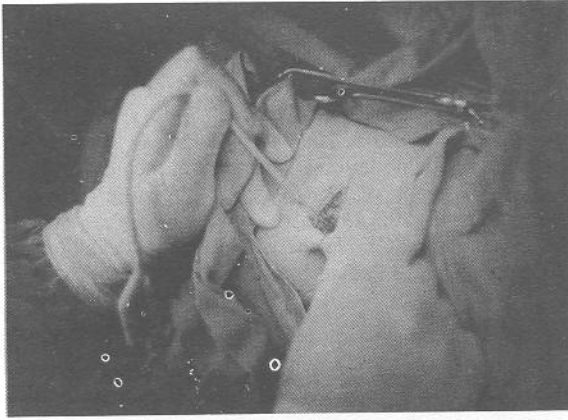
Hasta total barsak irrigasyonu ile kolon temizliği yapılarak, girişim öncesi tek doz intravenöz seftriakson (50 mg/kg) injeksiyonundan sonra ameliyata alındı. Perineal yaklaşım uygulandı. Fistül traktunda 8 Fr Foley sonda geçirilip balonu rektum içinde şişirildi. Foley sonda yardımıyla traksiyon uygulandı ve keskin diseksiyon ile fistül traktı rektum ön duvarı ile birlikte çıkarıldı (Resim 2). Daha sonra rektum ön duvarı anüse 3/0, rektovajinal septum 4/0 ve vestibüler defekt ise 5/0 emilebilir dikişler ile dikildi. Eksize edilen fistül traktının histopatolojisi, kolonik mukoza ve ona açılan strafiye skuamöz epitelle döşeli konjenital fistül olarak rapor edildi (Resim 3).

Ameliyat sonrası sorunu olmayan olgu 5. gün sulu, 8. gün ise normal gıdalarla beslendi ve 10. gün taburcu edildi. Ameliyat sonrası 6. aydaki kontrolünde, cerrahi yara izinin tamamen kaybolduğu, kozmetik ve fizyolojik sorununun olmadığı saptandı.

Adres: Dr. Haluk Sarıhan, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 61080-Trabzon



Resim 1. Normal yerleşimde ve genişlikte anüs ve konjenital rekto-vestibüler fistülün vestibüler açıklığı (okla gösterilmiştir).



Resim 2. Fistül traktının foley sonda yardımıyla diseksiyonu.

Tartışma

Kızlarda anal atrezisiz konjenital rekto-vajinal fistüllü bir olgu, ilk kez 1960 yılında yayınlanmıştır (1,5). Bu konuda daha sonraki yayınlarda, anomalinin Asya ülkelerinde Batı ülkelerinden sık oranda görüldüğünü ortaya konulmuştur (2,5). Bazı yazarlar patolojinin periproktik abse sonucu geliştiğini, fakat büyük çoğunluğu olayın konjenital olduğunu savunmaktadır (5). Hastaların bir kısmında pozitif aile öyküsünün olması, eşlik eden anal stenoz veya ektopik anüsün bulunması ve fistül duvarının skuamöz epitelle döşeli olması, konjenital patoloji olduğunu göstermektedir (1,2,5). Tsuchida ve ark. anomalinin embriyolojisini; genital foldun aşırı posterior ayrılması ile ürorektal ve üroanal septumun tamamlanmasının yetersizliği sonucu normal anal anatomi ile birlikte anorektal vestibüler fistülün oluştuğu şeklinde açıklamışlardır. Van der Putte ise;



Resim 3. Fistül traktı. a. Strafiye skuamöz epitelle döşeli fistül, b. Fistül traktının açıldığı kolon segmenti (H.E.x40).

- Membranöz anal atrezi ile birlikte rekto-vestibüler fistülü olan olgularda ince membranın spontan rüptürü,
- Kloakal membranın ortasında izole bir defekt bulunması veya
- Kloakanın parsiyel duplikasyonu şeklinde gelişmesiyle, anomalinin oluştuğunu bildirmiştir. Eşlik eden ek anomaliler konusunda olgular değerlendirildiğinde, sadece bir kısmında ektopik anüs veya anal stenoz saptanmıştır (1,5,6).

Fistül traktının yerleşimi, yazarlara göre farklılık göstermektedir (5). Chatterjee (2), hastaları iki gruba ayırmıştır. Birinci grubta; fistül traktı levator ani kas grubunun üstünden, rektumdan başlamakta ve vestibulumda sonlanmaktadır ve bu gruba "rektovestibüler fistül" denmiştir. İkinci grubta ise; fistül traktı levator aninin distalinden başlamakta ve vestibulumda sonlanmaktadır, bu grub da "perineal kanal" veya "anorektal-vestibüler fistül" olarak adlandırılmıştır (1,2,5).

Anomalinin tanısı hayatın ilk aylarında konmaktadır. Şüphelenilen olgularda, rektumun proksimali foley balonu ile tıkandıktan sonra distale skopi altında baryum verildiğinde kolayca tanıya gidilebileceği bildirilmiştir (5). Olgumuzun patolojisi, aile tarafından yenidoğan döneminde farkedilmesine rağmen, başvurdukları hekimin yanlış yönlendirmesi nedeniyle tedavi gecikmiştir.

Ayırıcı tanıda, enfeksiyöz patoloji sonucu gelişen edinsel fistüller göz önünde bulundurulmalıdır.

Çünkü, enfeksiyöz fistüller de yenidoğan döneminde görülebilir ve fistül traktı vestibulumu açılabilir. Bu hastalarda cerrahi tedavi prensibi konjenital fistüllerden farklı olup, basit fistülektomi veya fistülotomi şeklindedir (3,5).

Konjenital rekto-vestibüler fistüllü olgularda tedavi yaklaşımı cerrahi olmalıdır, fakat basit fistülektominin sıklıkla nüksle sonuçlandığı tesbit edilmiştir (1,2,5). Tsuchida ve ark., anal kanalda dikiş bulunmasının nükse yol açtığını, bunu önlemek için de fistül traktı ile birlikte rektum ön duvarının eksize edilip, anüse yeniden dikilmesi şeklindeki cerrahi yaklaşımı tavsiye etmişlerdir (5). Kolostominin tek başına tedavi edici özelliği bulunmayıp, sadece nüks gelişen ciddi olgularda gerekli olduğu vurgulanmıştır.

Hastamızda, fistül traktı keskin diseksiyonla rektum ön duvarına giriş yeriyle birlikte çıkartıldı ve rektum anüse yeniden dikildi ve nüks görülmedi. Ameliyat sırasında fistül traktından geçirip balonunu rektumda şişirdiğimiz foley sonda, traksiyon ve disseksiyonumuzda kolaylık sağladı.

Sonuç olarak, anal atrezisiz konjenital rekto-vestibüler fistül nadir görülen anomali olup, ayırıcı tanıda enfeksiyon nedeniyle gelişen edinsel fistüllerden ayırt edilmesi önemlidir. Ameliyat sırasında traksiyon ve diseksiyonu kolaylaştırmak için Foley sonda kullanılmalı ve cerrahi girişim olarak fistül traktının keskin diseksiyonla rektum ön duvarına giriş yeriyle birlikte çıkaracak şekilde yöntem uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Brem HB, Laberge JM, Doody D: Congenital anal fistula with normal anus. J Pediatr Surg 24: 183, 1989
2. Chattejee SK: Double termination of the alimentary tract: A Second Look. J Pediatr Surg 15: 623, 1980
3. Leape LL: Other disorders of the rectum and anus: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, et al (eds) "Pediatric Surgery", Chicago, Year Book, 1986, s: 1035
4. Templeton JM, O'Neil JA: Anorectal malformations: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, et al (eds) "Pediatric Surgery", Chicago, Year Book, 1986, s:1022
5. Tsuchida Y, Saito S, Hanna T, Makino S, Kaneko M, Hazama H: Double termination of the alimentary tract in felamens: A report of 12 cases and a literature review. J Pediatr Surg 19: 292, 1984
6. Van der Putte SCJ: Normal and abnormal development of the anorectum. J Pediatr Surg 21: 434, 1986

V. İSTANBUL ÇOCUK CERRAHİSİ GÜNLERİ

9-10 Haziran 1994

Anakonular

Üriner Anomalilerin Pre-natal Tanısı ve Erken Post-natal Tedavisi
Yenidoğanın Gastrointestinal Sorunları

Konuk Konuşmacılar

Mr. D.M. BURGE (Southampton, İngiltere)

Miss. H.K. DHILLON (London, İngiltere)

Mr. P. TAM (Oxford, İngiltere)

Düzenleyen

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalları

Başvuru adresi: Prof. Dr. Cenk Büyüktunal, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı,
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kocamustafapaşa, İSTANBUL