УРЕТЕРОРЕКТАЛНА ФИСТУЛА: ПРИЧИНА ЗА ПЕРИОДИЧНО ПОВТАРЯЩА СЕ БАКТЕРИУРИЯ

Деян Анакиевски

Катедра по урология, Медицински университет - Варна

URETERORECTAL FISTULA: A REASON FOR RECURRENT BACTERIURIA

Deyan Anakievski

Department of Urology, Medical university of Varna

РЕЗЮМЕ

Диференциалната диагноза на рецидивираща бактериурия включва множество различни състояния и заболявания, с които уролозите трябва да са много добре запознати. Уретероректалната фистула представлява необичайна клинична единица, която може да доведе до повтаряща се бактериурия. Представяме пациент, при който се установи такава фистула и беше извършено радикално хирургично лечение за отстраняване на фистулата. Три месеца по-късно, пациентът е в добро състояние без данни за рецидивна фистула след направени контролни рентгенологични изследвания.

Ключови думи: рецидивираща бактериурия, фистула, уретероректална фистула

ABSTRACT

The differential diagnosis of recurrent bacteriuria includes many different state and diseases for which urologists must be very familiar. Ureterorectal fistula is a uncommon clinical entity that can lead to recurrent bacteriuria. We report a case with the patient who has such a fistula, which has been carry on radical surgery for removal of the fistula. Three months later, the patient is in good condition with no evidence of relapse of fistula from performed CT scan.

Keywords: recurrent bacteriuria, fistula, ureterorectal fistula

ВЪВЕДЕНИЕ

Фистула представлява допълнителна анатомична комуникация между две или повече телесни кухини или комуникация между телесна кухина и повърхността на кожата. Фистулите между различните отдели на пикочните пътища и стомашно-чревния тракт са относително чести. Въпреки това, уретероентералните фистули са доста редки, последния случай се съобщава през 1994 год. (1). Над 100 случая на уретероентерални фистули са били съобщени до сега. Те обикновено включват стомаха, дванадесетопръстника, или дебелото черво, макар че има съобщени случаи на образуване на фистули с хранопровода, тънките черва, апендикс и ректума. Основната причина е обикновено пионефозен (гноен) бъбрек или бъбречно-клетъчен карцином, когато самият бъбрек става прикрепен към част от храносмилателния тракт и след това се разкъсва спонтанно, създавайки по този начин фистула (2). Ние представяме интересен случай на пациентка оперирана в миналото по повод камъни в ляв бъбрек при която бе установена уретероректална фистула по време на изследване по повод на рецидивиращи бактериурия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Представяме случай на 37 годишна пациентка, носочена в клиниката по повод на рецидивиращи уроинфекции, след извършване на оперативна интервенция на ляв бъбрек в миналото по повод на конкременти. Напоследък пациентката съобщава и за симптоми от страна на гастроинтестиналният тракт изразяващи се в няколкократно ходене до тоалетна по голяма нужда като изпразненията предимно са диарични. След консулт с гастроентеролог, който при прегледа е установил хидронефроза 3 степен на ляв бъбрек със значително намален паренхим, пациентката бе насочена за консулт с уролог в нашата клиника. След извършеното Ехо в нашата клиника което потвърди диагнозата от гастроентеролога. Пациентката не съобщава за болки в лява лумбална област както и за проблеми свързани с уринирането. Кръвните лабораторни изследвания бяха в референтни стойности, урокултурата показва развитие на *E. coli*, чувствителна към цефалоспорины, при което на пациентката се започна антибиотично лечение. По повод на хидронефрозата, извършихме цистоскопия с неуспешен опит за ретроградна катетеризация и извършване на уретеропиелография. Решихме да направим антеграден дренаж на левия бъбрек и извършва-

не на антеградна пиелография за да се установи причината за хидронефрозата, при който след пункция и вкарване на контраст се установи че контраста навлиза в легенчето на бъбрека продължава в уретера и на нивото на кръстосване на илиачните съдове с уретера се намери малък фистулен ход към ректума който го изпълни с контраст, което е видимо на фиг. 1.

След предоперативна подготовка пациентката бе оперирана чрез отворен метод. Извърши се отворена нефроуретеректомия, намери се фистулата към дебелото черво която се ексцизира и се затвори (фиг. 2).

Операцията мина без никакви итраоперативни проблеми, с минимална кръвозагуба и оперативно време от 90 мин. Пациентката бе изписана на 5 ден следоперацията, клинично здрава.

Пациентката бе проследена амбулаторно, като на третият месец се извърши КТ на корем и малък таз, който не показва никакви отклонения.

ДИСКУСИЯ

Фистула представлява допълнително-анатомична комуникация между две или повече телесни кухини или комуникация между телесна кухина и повърхността на кожата. Фистули могат да са резултат от вродени аномалии, злокачествено заболяване, възпаление и инфекция, лъчетерапия, ятрогенна (хирургично) или външна травма, исхемия, раждане и множество други процеси. Съществува възможност за образуване на фистули между различни отдели на пикочните пътища (бъбреци, уретери, пикочния мехур и уретрата) и почти всяка друга телесна кухина включително гърдите (плевралната кухина), стомашно-чревния тракт, лимфни съдове, съдовата система, половите органи, кожата и репродуктивните органи. Класификация обикновено се базира на органа от пикочните пътища от който произхожда фистулата и крайната точка на фистулата (например, влагалището, кожата, стомашно-чревния тракт), (4,5).

Класификация на Уринарните фистули в зависимост от това в коя част на уринарната система се образуват:

А. Ренална:

1. Реналноалиментарна;
2. Кожноренална;
3. Лимфатикокортикална;
4. Реналноплеврална, реналнобронхиална;
5. Реноалноваскуларна.

Б. Уретерна:

1. Уретероалиментарна;
2. Уретероваскуларна;

Фиг. 1. Антеградна пиелоуретерография показваща екстравазация на контраст в дебелото черво на нивото на тазобедраната става.

Фиг. 2. Интраоперативна находка на фистулата между уретера и предната част на ректума, както и макроскопския вид на материала следоперативно

3. Уретерокожна;
4. Към ЖРО;
В. Мехурна:
 1. Енетровезикална;
 2. Веикалнокожна;
 3. Везиковагинална, везикоутерина.Г. Уретрална:
 1. Уретроректална, уретроперинеална, уретровагинална.
 - Д. Смесени:
 1. Коловагинална.

Презентиращите симптоми и признаци са променливи и зависят до голяма степен от участващите органи, наличието на подлежаща обструкция на пикочните пътища или инфекция, размера на фистулата, и свързаните с тях медицински състояния (например, злокачествено новообразование). Фистулите на пикочните пътища могат да доведат до комуникация между съседни вътрешности без да има симптоми на уринарна инконтиненция или дренажни нарушения в бъбрека (например, коловезикални фистули) или, по-често се появяват с външно изтичане на урината (например, везиковагинални фистули), (4). Диагнозата на гастроуринарни-

те фистули(ГУТФ) обикновено изисква радиологично изследване. Изображенията играят ключова роля в изобразяване на анатомията и дължината на фистулния канал. Подходящото диагностично изследване се променя в зависимост от анатомичната страна на източника и терминологията на фистулата. В повечето случаи, няколко образни изследвания са достатъчни за поставяне на диагнозата. Фистулографията е най-директното средство на визуализация на фистула, най-често при фистули които имат комуникация с кожата. Интравенозната урография и антеградната пиелографията или уретерография са основни при диагнозата на фистули комуникиращи с горният уринарен тракт (ГУТ). Подобно, микционната цистоуретрография и уретрографията са основни за изследване на долният уринарен тракт (ДУТ). Компютерната томография осигурява все повече диагностична възможност и трябва да се взема предвид като първ избор в някои случаи (3).

Различните видове начини на лечение зависят от вида на фистулата, степента на заболяемост, и функционалния статус на пациента и

включват различни форми на консервативно лечение до агресивно хирургично лечение.

Очевидно е, че уретероректалните фистули, въпреки че са рядко, все пак трябва да се имат в предвид при диференциалната диагноза на повтаряща се бактериурия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cirocco WC, Priolo SR, and Golub RW: Spontaneous ureterocolic fistula: a rare complication of colonic diverticular disease. Am Surg 60: 832– 835, 1994.
2. Sullivan JW, Grabstald H, and Whitmore WF Jr: Complications of ureteroileal conduit with radical cystectomy: review of 336 cases. J Urol 124: 797– 801, 1980.
3. Blomlie V, Rofstad EK, Trope C, et al: Critical soft tissue issues of the female pelvis: serial MR imaging before, during, and after radiation therapy. Radiology 203: 391–397, 1997.
4. Tan SM, The CH, Tan PK: Duodeno-ureteric fistula secondary to chronic duodenal ulceration. Ann Acad Med Singapore 1997; 26:850.
5. Leach GE, Trockman BA. Surgery for vesicovaginal and urethrovaginal fistula and urethral diverticulum. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ, eds.
6. Campbell's urology. 7th ed. Vol. 1. Philadelphia, Pa: Saunders, 1998; 1135–1153.

Адрес за кореспонденция:
д-р Деян Анакиевски
Клиника по Урология, УМБАЛ "Св. Марина"
Медицински университет - Варна
бул. Христо Смирненски 1
Варна 9010, България
e-mail: dejan_anakievski@yahoo.com