

Vaka Sunumu: Sağ Orşiopeksi + Penoskrotal Hipospadias Fistülü Onarımı

Case Report: Right Orchiopexy + Hypospadias Penoscrotal Fistula
Repairment

Başvuru: 27.08.2012

Kabul: 10.09.2012

İmajlar » Üroloji

Yayın: 10.09.2012

Mustafa Çalışkan¹, Erim Erdem¹

¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

ŞİKÂYET VE ANAMNEZ

İdrarını penis alt kısmından yapan hastanın yakınları tarafından sağ testisinin de yerinde olmadığı fark edilmiş. Dış merkezde skrotal hipospadias ve sağ inguinal inmemiş testis saptanarak hipospadias onarımı yapılmış. Fistül gelişmesi üzerine bir kez de tarafımıza sevk edilen hastaya hipospadias fistülü onarımı ve sağ orşiopeksi operasyonları planlanarak ameliyata alındı.

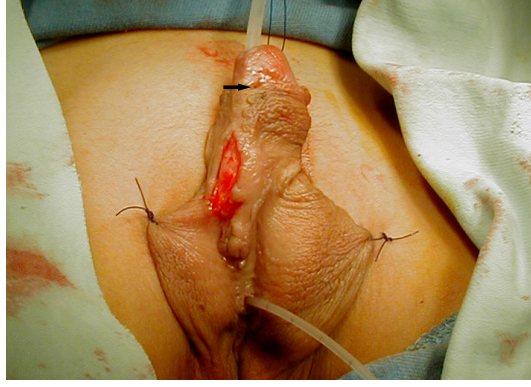
OPERASYON

1 numaralı fotoğrafta hastanın ameliyat öncesi görüntüsü görülmektedir.



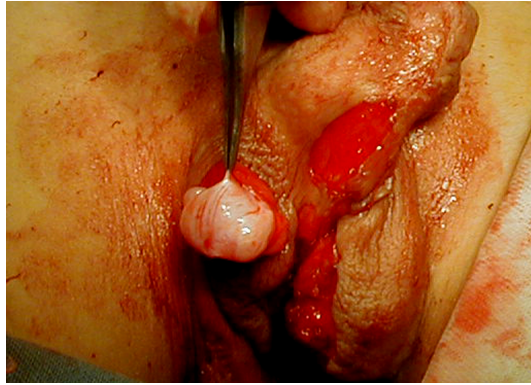
Şekil 1

Operasyon başlangıcında üretral yolla konan nelaton kateterin fistül seviyesine kadar ilerletilemediği ve fistül oluşumunun yeni üretral yolun sağlanamamasına bağlı olduğu gözlemlendi. Skrotumunda bifid yapıda olduğu ve bu durumun kozmetik sorun oluşturduğu ve skrotal fistül ağzına konarak üretra boyunca mesaneye kadar ilerletilen kateter 2 numaralı fotoğrafta görülmektedir.



Şekil 2

İlk aşamada sağ skrotal cilt insizyonu yapıldı. Sağ inguinal kanalda palpe edilen testis için subdartal poş oluşturularak testis subdartal poşa yerleştirildi ve 3/0 vicryl ile tespit sonrası cilt 3/0 krome katgüt ile kapatıldı (3 numaralı fotoğraf).



Şekil 3

Cilde dek uzanan fistül traktarı eksize edildi ve skrotal fistül seviyesinde koronal seviyeye kadar yeni bir üretral tüp oluşturuldu. 4 numaralı fotoğrafta subkoronal fistülün eksizyonu sonrası kapatılmadan önceki hali iki penset arasında görülmektedir.



Şekil 4

Bu işlemler gerçekleştirildikten sonra iki parça halinde olan skrotumun birleştirilmesi amacıyla arada bulunan cilt eksize edildi ve skrotum normal anatomik yapıda tekrar oluşturuldu. Beşinci fotoğrafta penis ve skrotumun operasyon sonundaki görünümü izlenmektedir.



Şekil 5

PENOSKROTAL HİPOSPADİAS HAKKINDA BİLGİ

Hipospadias, üretral meanın normalde bulunması gereken glans penisin ucunda değil, penisin ventral yüzünde daha proksimal bir yerleşimde olmasıdır. Toplumda yaklaşık 1/ 300-400 oranında görülür.

Üretral meanın pozisyonuna bağlı olarak aşağıdaki şekilde 3 ayrı gruba ayrılır:

1-Anterior: Glandüler, koronal, subkoronal (%50-70)

2- Midpenil (orta) Hipospadias: Penis gövdesi ile penoskrotal bölge arasında (%15-30)

3-Posterior (Arka) Hipospadias: Penoskrotal, skrotal ve perine bölgesinde olan me a açılımlarını tarifler (%15-20).

Ancak hipospadias özünde üçlü anomaliden oluşur. Bunlar; üretral meanın yukarıda tanımlanan anormal

yerleşimi, anormal penil kurvatür ve sünnet derisinin “dorsalde pelerin tarzında fazla, ventralde eksik olmasıdır.

Proksimal hipospadiaslara eşlik eden inmemiş testis varlığında %20 oranında anormal karyotip de görülebildiği için testis palpe edilemiyorsa karyotip analizi yapılma gerekliliği unutulmamalıdır.

Tedavide tek ya da çift aşamalı pek çok yöntem tarif edilmiştir. Hangi yöntemin uygulanacağına hipospadiasin lokalizasyonuna göre karar verilmelidir.

Hipospadias onarımı sonrası komplikasyon sıklığı meanın proksimal yerleşimi ile artmaktadır. Distal hipospadiaslarda komplikasyon oranı %5, orta lokalizasyonlularda %10 ve proksimal vakalarda %50'dir. Ürokütanöz fistül en sık karşılaşılan geç komplikasyondur ve tekrar onarım için enfeksiyon, ödem, nekroz risklerinin kaybolması ve anjiyogenezisin tamamlanması için minimum 6 ay beklenmelidir.