

VEZİKOVAGİNAL FİSTÜLLERİN TEDAVİSİNDE TRANSVEZİKAL YAKLAŞIM

TRANSVESICAL APPROACH IN THE TREATMENT OF VESICOVAGINAL FISTULAS

YENİYOL, C.Ö., MİNARECİ, S., ÇİÇEK, S., DEĞİRMENCİ, T. NERGİZ, N., AYDER, A.R.
SSK İzmir Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İZMİR

ÖZET

Vezikovaginal fistüllerin transvezikal yaklaşımla onarımlarında başarı ve komplikasyon oranlarını belirlemek.

1985-1998 yılları arasında vezikovaginal fistül tanısı alan toplam 14 hastaya O'Conor yöntemiyle transvezikal yaklaşımla fistül tamiri yapıldı. Hastalar retrospektif değerlendirildi.

Primer olan 11 hastada (%78.6) operasyon başarılı olmuştur. Sekonder olan 2 olguda ve zor doğum öyküsü olan 1 hastada, toplam 3 hastada (%21.4) fistül tekrarlamıştır.

Transvezikal yolla vezikovaginal fistül onarımı (%78.6) başarı oranı ile etkin bir tedavi yöntemidir. Sekonder olgularda nüks ihtimali daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: Vezikovaginal fistül, transvezikal tamir

ABSTRACT

To determine the success and complication rates of transvesical repair of vesicovaginal fistula .

Between 1985-1998 14 patients who were diagnosed to have VVF were operated by O'Conor method with transvesical approach. The patients were evaluated retrospectively.

In 11 patients who were primary cases (78.6%) the operation has been successful. In total of 3 cases fistulas repeated (21.4%), that 2 cases were secondary and 1 patient had a hard giving birth experience.

Transvesical VVF repair is an effective method of treatment with (78.6 %) success rate. Recurrence possibility is higher in the secondary cases.

Key Words: Vesicovaginal fistula, transvesical repair

GİRİŞ

Vezikovaginal fistüller sıklıkla jinekolojik cerrahi girişimler, radyoterapi, genital kanserler, doğum travması ve jinekolojik cerrahiye sekonder gelişirler¹. Jinekolojik ve pelvik ameliyatlarda iatrojenik üriner sistem travma sıklığı %2'dir². Travmatik cinsel ilişki sonucunda da vezikovaginal fistül gelişebilmektedir³.

1845 yılında ilk defa uygulanan vezikovaginal fistül ameliyatından sonra transvaginal ve transvezikal teknikler geliştirilmiştir ve başarıyla uygulanmaktadır. Ameliyatın başarısı; fistülün etyolojisine, lokalizasyonuna ve geçirilmiş başarısız ameliyatların sayısına bağlıdır^{4,5}.

Bütün fistül operasyonlarının temel prensibi; fistül kanalının sağlam doku ile birlikte çıkarılması ve bu alana kan desteğinin sağlanması, enfeksiyon, aşırı enflamasyon, tümör bulunmayan çevre dokuların yeterli mobilizasyonu ve yara dudaklarının çok katlı, gergin olmadan kapatılmasıdır.

Bu çalışmada vezikovaginal fistül tanısıyla transvezikal yaklaşımla opere edilen hastalar değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

1985-1998 yılları arasında, yaşları 21-42 (ortalama 31) arasında değişen 14 hastada vezikovaginal fistül tespit edildi. Bu hastaların başvuru yakınması 3 hastada idrarın vajenden gelmesi ve 6 hastada sürekli idrar kaçırma olmasıydı. Hastaların yakınmasının başlaması ile başvurusu arasında geçen süre 2-15 ay (ortalama 7 ay) arasında değişiyordu. Hastaların 5'inde üriner enfeksiyon mevcuttu. Sistoskopiyle fistül yeri, çapı, orfislerle olan ilişkisi değerlendirildi. Fistül çapı 9-23 mm arasında (ortalama 14 mm) bulundu. Vezikovaginal fistül tanısı alan hastalara ameliyat öncesi idrar kültür antibiyo-gram sonuçlarına uygun antibiyotik veya üreme olmayanlarda aminoglikozid ve sefalosporin kombinasyonları başlandı.

O'Connor Operasyon Tekniği: Hasta supin modifiye litotomi pozisyonunda yatırılır. Orta hat alt abdominal insizyonla girilerek periton mesane kubbesinden dışarı itilir. Mesaneye kubbeden askı sütürleri konur, mesane açılır. Mesane kubbesinden fistül alanına doğru mesane duvarı ve üzerinde uzanan periton kesilir ve kapamada kullanılacak pediküler flap oluşturulur, şekillendirilir. Fistül çevresinde mesane vajinadan genişçe ayrılır, fistül tümüyle eksize edilir. Vajina 2/0 poliglikolik asit tek sütürle iki kat halinde germeden kapatılır. Peritoneal flap defekte sokulur ve sütüre edilir. Mesane iki kat halinde kapatılır (2/0 poliglikolik asit). Post-operatif dönemde lojdan gelen kesilince loj dreni çekilir. Hastalarda üretral kateter 7. Günde, sistostomi 14. Günde çekilir.

BULGULAR:

Vezikovaginal fistül tanısı alan hastaların etiyolojisinde 8 hastada (%57.1) abdominal histerektomi, 4 hastada (%28.6) obstetrik travma, 2 hastada (%14.3) sezeryan öyküsü vardı.

Olgular ortalama 36 ay (12-60 ay) takip edildi. Primer olguların 11'i başarılı olmuşken sekonder olan 2 hastada ve zor doğum yapan 1 hastada 3 ay içinde nüks izlendi (%14.3).

Hastaların yaşı, etiyolojisi, fistül gelişim süresi, fistül çapı ve sonuçları Tabloda özetlenmiştir.

Tüm olgularda transvezikal onarım ve peritoneal flep transpozisyonu yapıldı. Etiyolojisinde total abdominal histerektomi (TAH) olan 8 hastanın 7'sinde (% 87.5) başarı sağlanmış, 1'inde (sekonder) başarısız olunmuştur. Zor doğumlara bağlı gelişen 4 hastanın 3'ünde (%75) ve sezeryanlara sekonder olan 2 hastanın 1'inde (%50) başarı sağlanmış olup nüks sekonder olanlarda gelişmiştir.

TARTIŞMA:

Vezikovaginal fistüller jinekolojik ve obstetrik girişimler sonrası gelişebilen komplikasyonlardan birisidir. Kateter drenajı⁵, fibrinle oklüzyon⁶ veya kortikosteroid⁷ kullanımı gibi konservatif yaklaşımlar genellikle küçük fistüllerin kapatılmasında kısmen başarılı olmaktadır.

Vezikovaginal fistül onarımında operasyon zamanı ve operasyon yaklaşımları arasında farklı görüşler vardır. Literatürde çok travmatik olma-

yan bir cerrahi sonrasında gelişen bir fistülün onarımı için 3 aylık bekleme süresinin anlamlı olmadığı bildirilmiştir^{8,9,4}. Obstetrik nedenlerle oluşan fistüllerde iskemi ön planda olduğu için 3 aylık bekleme süresi anlamlı gözükmemektedir. Cerrahi teknik olarak transvaginal veya transvezikal yolla yaklaşım ise cerrahın tercihinine, fistülün yeri ve boyutuna göre değişmektedir. Laparoskopik vezikovaginal fistül onarımı yapıldığı da bildirilmiştir¹⁰.

Biz 14 olguluk serimizde transvezikal yaklaşımı tercih ettik. Hastaların ortalama başvuru süresi 7 aydı, teşhis konur konmaz operasyon yapıldı. 11 hastada yapılan işlem başarılı oldu, bunların ortalama başvuru süresi 5.8 aydı. 3 hastada nüks izlendi, bunların 2'si sekonder, 1'i primerdi ve ortalama başvuru süresi 11.3 aydı. Başvuru süresi geç ve sekonder olanlarda nüks ihtimali fazla bulundu.

Tedavide açık cerrahi yöntemler endoskopik yöntemlerden daha başarılıdır¹¹. Transvaginal yaklaşımın morbiditesi düşük, hastanede kalış süresi kısa, başarı oranı %80-98 arasındadır. Transvezikal yaklaşımda da benzer başarılar bildirilmiştir^{11,12,13}. Vajinal ya da abdominal girişimin hangisinin daha iyi sonuç verdiği dair tartışma fistül cerrahisi kadar eskidir. 1 cm'nin üzerindeki fistüllerde, üreteriin fistül alanına çekilebileceği ve reimplantasyon gerekecek olgularda abdominal yol tercih edilmelidir^{11,19,20}.

Postoperatif dönemde transüretral ve suprapubik direnaj konusunda anlaşma yoktur. Transüretral kateterin ilk iki günde çekildiği bir çalışmada fistül kapanma oranı %100 bulundu¹⁹. Bizim çalışmamızda üretral kateter 21 gün tutuldu.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda transvaginal yaklaşımda başarının %75-100, transvezikal yaklaşımda ise %78-85 arasında olduğu bildirilmiştir^{14,15}. Bizim çalışmamızda başarı %78.6 bulunmuştur, fistül çapı ile nüks arasında ilişki bulunmamıştır.

Bir çok çalışmada başarılı cerrahi tedavi için en zor dönemin travmadan sonraki 2-12 hafta olduğu bildirilmiştir. Cerrahiye enflamasyon ve fibrozis gelişmeden ilk 2 hafta içinde yapmak en ideal zamandır¹⁶ ancak olgular genellikle geç başvurumaktadırlar.

NO	YAŞ	ETİYOLOJİ	FİSTÜL SÜRESİ (AY)	ÇAP (mm.)	SONUÇ
1	39	TAH	6	10	BAŞARILI
2	38	TAH	2	9	BAŞARILI
3	25	SEZERYAN(SEKONDER)	11	20	NÜKS
4	21	ZOR DOĞUM	4	22	BAŞARILI
5	26	SEZERYAN	5	15	BAŞARILI
6	35	TAH	5	10	BAŞARILI
7	42	TAH	2	12	BAŞARILI
8	33	TAH (SEKONDER)	8	10	NÜKS
9	28	ZOR DOĞUM	3	23	BAŞARILI
10	26	ZOR DOĞUM	15	11	NÜKS
11	34	TAH	10	10	BAŞARILI
12	29	ZOR DOĞUM	8	15	BAŞARILI
13	28	TAH	13	13	BAŞARILI
14	40	TAH	6	16	BAŞARILI

Tablo: Hastaların yaşı, etyolojisi, fistül süresi, fistül çapı ve sonuçları

Literatürde fistül traktunun eksizyonunu gereksiz bulanlar vardır. Bunlara göre küçük fistüller bu işlem sırasında büyümekte, kapatma sırasında gerilmelere neden olarak işlemin başarısızlığına sebep olabilmektedir^{17,18}. Biz tüm vakalarda fistül traktını eksize ettik ve kapatma-
da periton flep kullandık, herhangi bir problem yaşamadık.

Transvezikal yaklaşımla periton, gracilis kası, myokutanöz veya myofasyal ada flepleri, mesane mukozası veya omentum kullanılabilir¹⁵.

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapılan 2 çalışmada obstetrik travmaya sekonder vezikovaginal fistül olguları %63.7²¹ ve %59¹⁴ unu oluşturmaktadır. Orta Anadolu Bölgesinde bu oran %42.8 dir¹⁵. Bizim çalışmamızda Ege Bölgesinde vezikovaginal fistülün en sık sebebi %57.1 ile TAH iken, obstetrik travma %28.6 ile ikinci sebeptir. Bu da bölgeler arasında antenatal izlem ve bakım şartlarının farkını göz önüne koymaktadır.

SONUÇ

Literatüre bakıldığında transvezikal ve transvaginal yolla onarım birbirine yakın başarı oranına sahiptir. Bizim az sayıdaki transvezikal onarım sonuçlarımızda görülen başarı oranı (%78.6) ve nüks oranı (%22.4) literatürle uyumludur.

Cerrahin kişisel tercihi yapılan operasyonu belirleyici olsa da büyük ve supratrigonal fistül-
lerde transvezikal yaklaşımı öneriyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- **Margolis T, Mercer JJ:** Vesicovaginal fistula. Obstet Gynecol. Surv. 12,840-7,1994
- 2- **Mottingly RF, Barkowf HI:** Acute operative injury to the urinary tract. Clin. Obstet. Gynecol. 5: 123-149,1978
- 3- **Sharma SK, Madhusudnan P, Kumar A:** Vesicovaginal fistulas of uncommon etiology. J.Urol,187; 280, 1987
- 4- **Raz. S, Little NA, Jumo S:** Female Urology.Campbell's Urology (Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED.) Sixth edition. Philadelphia, Saunders. Vol. 3, 2782-2827,1992
- 5- **Dauids RJ AM, Miranda SJ:** Conservative treatment of vesicovaginal fistulas by bladder drainage alone Br. J.Urol., 68;155-156, 1991
- 6- **Petersson S, Hedelin H, Johnson I:** Fibrin conclusion of a vesicovaginal fistula. Lancet; 993, 1979
- 7- **Collins CG, Pent D, Ones FB:** Results of early repair of vesicovaginal fistula with preliminary cortisone treatment. Am. J. Obstet Gynecol. 80; 1005-1010, 1960
- 8- **Persky L, Herman G, Guerrier K:** Non delay in vesicovaginal fistula repair. Urology, 13, 273, 1979
- 9- **Kaettel Wc, Laube DW.** Vaginal repair of vesicovaginal and urethrovaginal fistulas. In: Gynecologic and Obstetric Urology, 2nd Ed. Edited by H.J.Buchsbaum and J.D. Schimit. Philadelp-hia: W.B.Saunders Co, Chapter 21pp 318-36,1982
- 10- **Nezhat CH, Nezhat F, Rotenberg H:** Laposcopic repair of a vesicovaginal fistula. Obstet Gynecol. 83:899-901,1994
- 11- **Gerber GS, Schoenberg HW:** Female urinary trach fistulas. J. Urol,149,229,1993

- 12- **Wong Y, Hodley Rh.:** Nondelayed transvaginal repair of high lying vesicovaginal fistula. J. Urol.144; 34-36, 1990
- 13- **Little NA, Juma S, Raz S.:** Vesicovaginal fistulae. Sem.Urol, 7;78-85,1989
- 14- **Ersay A, Bayhan G, Yalınkaya A.:** Üretorovaginal ve vezikovajinal fistüller. Türk Üroloji Dergisi. 25(3); 339-345,1999
- 15- **Emekçioğlu O, Kemal B, Demirci D.:** Yirmibir hastada vezikovaginal fistül onarım sonuçlarımız. Türk Üroloji Dergisi 25(1); 81-83,1999
- 16- **Woo HH, Rosario DJ, Chapple CR.:** The treatment of vesicovaginal fistulae. Eur.Urol. 29;1-9, 1996
- 17- **Raz S, Bregg KJ, Nitti VW.:** Transvaginal repair of vesicovaginal fistulae using a peritoneal flap. J.Urol. 150;56,1993
- 18- **Elkins TE, Drescher C, Martey JO.:** Vesicovaginal fistulae revisited. Obstet. Gynecol. 72, 307-312, 1988
- 19- **Tancer M.:** A report of thirty-four instances of urethrovaginal and bladder neck fistulas. Surg. Gynecol Obstet.177;77,1993
- 20- **Fichtner J, Voges V, Steinback F.:** Ureterovaginal fistulas. Surg. Gyn. Obstet. 176; 571,1993
- 21- **Korkmaz K, Bircan KM, Öztürk O.:** Vezikovaginal fistül. Üroloji Bülteni 6;89-91,1995