

Jinekolojik İatrojenik Vezikovajinal Fistüllerin Tedavisinde Transvezikal Yaklaşım

TRANSVESICAL APPROACH IN THE TREATMENT OF GYNECOLOGIC IATROGENIC VESICOVAGINAL FISTULAS

Levent SAĞNAK*, Abdurrahim İMAMOĞLU*, Ahmet KİPER*, Orhan YİĞİTBAŞI*, Hamit ERSOY*, Adnan GÜCÜK*

*Dr., SSK Ankara Eğitim Hastanesi 1.Üroloji Kliniği, ANKARA

Özet

Giriş: Vezikovajinal fistüllerin etyolojisinde sıklıkla jinekolojik girişimler, obstetrik travma, radyoterapi ve genital kanserler rol oynar. Bu çalışmada jinekolojik iatrojenik vezikovajinal fistüllere transvezikal tedavi yaklaşımımız tartışılmıştır.

Materyel ve Metod: 1994-2001 yılları arasında kliniğimize başvuran 20 kadın hastaya vezikovajinal fistül tanısıyla geç dönem, fistül traktını çıkararak transvezikal fistül onarımı uyguladık. 3 hastamızda eşlik eden unilateral üreterovezikal obstrüksiyon tanısı nedeniyle aynı seansta unilateral üreteroneostomi uyguladık. Flep interpozisyonu kullanmadık.

Bulgular: Hastalarımızın yaş ortalaması 50.2 yaş idi. Etiyolojide %75 ile en yüksek oran abdominal histerektomi idi. 2 hasta bize başvurduğunda sekonderdi. Hastalarımızın primer etyolojiden operasyona kadar geçen süreleri ortalama 37.3 ay idi. Hastalarımız ort. 22.5 ay takip edildiler ve nüks 2 (%10) hastada gözlemlendi. Biri yeni operasyonu kabul etmedi, diğeri ikinci bir transvezikal tedaviyle şu an sorunsuzdur. Bu şekilde toplam başarılarımız %95'dir.

Sonuç: Vezikovajinal fistül tedavisinde seçilecek yöntem cerrahın kişisel tercihinə bağlı olmakla beraber geç dönemde uygulanan ve fistül traktının çıkarıldığı transvezikal yaklaşım etkin bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Vezikovajinal fistül, Transvezikal yaklaşım

T Klin Jinekoloj Obst 2001, 11:387-390

Summary

Introduction: Gynecologic procedures, obstetric trauma, radiation therapy and gynecological cancers were take place in the etiology of vesicovaginal fistules. In this study transvesical approach in the treatment of gynecologic iatrogenic vesicovaginal fistulas was discussed.

Patients and Method: Between 1994-2001 we applied delayed transvesical surgery with the excision of fistula tract to 20 women who had vesicovaginal fistulas. Three of these patients went to unilaterally urethoneocystostomy in the same session because of additional urethral injuries. We didn't use flap transpositioning.

Results: The mean age of the patients was 50.2. Abdominal total hysterectomy was the common cause in etiology as 75%. Two of the patients had gone previous unsuccessful transvesical surgery. The mean time from the causative surgery to the operation was 37.2 month. The mean follow-up period was 22.5 months and in the 2 (10%) of the patients we had recurrence. One of them refused the new operation and the second one was totally cured after a repeating transvesical surgery. As a result our success rate was 95%.

Conclusion: As the treatment modality is due to the surgeon's choice the delayed transvesical approach with the excision of fistula tract is an effective treatment alternative in vesicovaginal fistulas.

Key Words: Vesicovaginal fistulas, Transvesical approach

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:387-390

Vezikovajinal fistüllerin etyolojisinde sıklıkla jinekolojik cerrahi girişimler, obstetrik travma, radyoterapi ve genital kanserler rol oynar (1,2). Jinekolojik ameliyatlarda iatrojenik üriner sistem travma oranı %2'ye ulaşmakla beraber üreter yaralanmalarına mesane hasarlarından daha sık rastlanır (3,4). Son yıllarda gittikçe daha sık uygulanan laparoskopik yaklaşımlar iatrojenik travma oranının artmasına yol açmıştır (3).

Geliş Tarihi: 29.03.2001

Yazışma Adresi: Dr. Levent SAĞNAK
SSK Ankara Eğitim Hastanesi
1.Üroloji Kliniği, ANKARA

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11

Vezikovajinal fistüller (VVF) konservatif veya cerrahi (transabdominal, transvajinal ve endoskopik) yöntemlerle tedavi edilir (4,5). Tedavinin şekli kadar, zamanlaması ve yöntemi de tartışmaya açıktır. Erken ve geç dönem onarımı savunular olduğu kadar bu onarım sırasında fistül traktının eksize edilmesi ve vajen ile mesane arasına ek doku tabakası ilavesi (flepl interpozisyonu) konuları da tartışmalıdır (4-9).

Biz bu çalışmamızda jinekolojik iatrojenik VVF tanısıyla kliniğimize başvuran 20 hastaya geç dönem, fistül traktı eksizyonlu transvezikal tedavi yaklaşımımızın sonuçlarını tartıştık.

Hastalar ve Yöntem

Mayıs 1994-Ocak 2001 tarihleri arasında kliniğimizde VVF tanısıyla opere ettiğimiz 20 kadın hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastalarımızın yaşları 25-80 arası (ort. 50.2 yaş) değişmekteydi. Hastalarımızın kliniğe başvuru şikayetleri vajenden idrar gelmesi ya da sürekli idrar kaçırma şeklindeydi. Hastaların tümüne anamnez ve fizik muayeneyi takiben vajinal muayene ve sonrasında sistoskopi yapılmış ayrıca üst üriner sistemi kontrol etmek amacıyla intravenöz piyelografi ve gerektiğinde retrograd piyelografi uygulanmıştır. Operasyon öncesi tam idrar tahlili, idrar kültürü ve antibiogram yapılarak kültür pozitif hastalara operasyondan 3 gün önce uygun antibiyotik başlanmıştır. Sistoskopi sırasında fistül ağzının şüpheli olduğu durumlarda ya bu alana kateter denenerek ya da vajene tampon yerleştirildikten sonra mesaneyi metilen ma-visi boyası verilerek fistül olup olmadığı araştırılmıştır.

Tüm hastalara transvezikal yaklaşım uygulanmıştır. Burada hasta supin modifiye litotomi pozisyonunda yatırıldı, cerrahi işlem öncesi suprapubik ve vajinal bölge-ler antiseptik solüsyon ile steril hale getirildi. Phannenstiel insizyonla girilerek mesane açıldı ve üreter orifislerinden kaçınılarak fistül traktı eksize edildi. Vajen ve mesane 3 ayrı tabaka olarak ve sütür katları birbirine dikey olacak şekilde 3/0 vicryl sütür ile kapatıldı. 3 hastada VVF ye eşlik eden ureterovezikal obstrüksiyon tanısından dolayı aynı seansta unilateral Politenoleadbetter ureteroneosistostomi (UNS) + aynı tarafa double-J stent uygulandı. Mesane ve vajen arasına ilave doku tabakası konmadı. Hastalara operasyonun bitiminde konulan foley üretral kateterler 10-14 gün (ort. 10.8 gün) sonra çekildi.

Bulgular

Hastalarımızın VVF etyolojilerindeki jinekolojik prosedürler Tablo 1'de gösterilmiştir. Toplam 20 hastamızın 18'i bize başvurduklarında primerdi, 2'sine ise daha önce bir kez (etyolojiden sonra 4. ve 2. ayda) VVF tanısıyla transvezikal tedavi prosedürü uygulanmıştı.

Hastalarımızın primer etyolojiden operasyonumuza kadar geçen süreleri 4 ay ile 30 yıl (ort. 37.3 ay) arası değişmekteydi. 3 hastamızda VVF ye unilateral ureterovezikal bileşke obstrüksiyonu eşlik etmekteydi ve bu hastalara bize başvuruları ile operasyon arasında yaklaşık 2 ay perkütan nefrostomi şeklinde üriner diversiyon uygulanmıştır. 19 hastada fistül ağzı tek, 1 hastamızda çift idi. Fistül ağzının intravezikal lokalizasyon farklılıkları Tablo 2'de, fistül ağzı çapları Tablo 3'de özetlenmiştir. Tüm hastalarımıza genel anestezi altında transvezikal fistül onarımı uygulandı. 3 hastada unilateral UNS + D-J bu tedaviye ilave edildi. Hastalar post-op. 10 ila 17. gün (ort.12.5 gün) hospitalize edildiler ve üretral kateterleri çekilerek taburcu edildiler. UNS'li 3 hastamızın D-J stentleri 1 ay sonra sistoskopik olarak çekildi.

Tablo 1. VVF etyolojilerindeki jinekolojik prosedürler

Prosedürler	Hasta Sayısı	(%)
Total Abdominal Histerektomi	15	(75)
Myomektomi	1	(5)
Serviks Ca Operasyonu	2	(10)
Obstetrik Travma (İri Doğum v.s.)	2	(10)

Tablo 2. Fistül ağzının intravezikal lokalizasyonu

Lokalizasyon	Hasta Sayısı	(%)
Supra trigonal	12	(60)
Trigonal	3	(15)
Sol lateral (yan duvar-taban bileşkesi)	3	(15)
Sağ lateral (yan duvar-taban bileşkesi)	2	(10)

Tablo 3. Fistül ağzı çapları

Çap (cm)	Hasta Sayısı	(%)
0.5x0.5	2	(10)
0.5x1	2	(10)
1x1	13	(65)
2x1	3	(15)

Hastalarımız 1 ile 66 ay arası (ort.22.5 ay) takip edildiler. 2 hastada (%10) VVF takip döneminde 1. ve 2. aylarda nüks etti. Bunların ikisinde 2x1 cm'lik geniş fistül ağzı olan hastalarımızı ve fistül ağzı birinde trigonda, diğerinde supratrigonal yerleşimli idi. Bu hastalardan biri post-op. 7. ayda tekrarlayan transvezikal girişim sonrası düzeldi, diğer hasta ikinci bir operasyonu kabul etmedi.

Tüm hastalarımızı değerlendirdiğimizde primer başarı oranı %90 (18/20 hasta), sekonder başarı oranı (nüks göz-lenen hastalarımıza uygulanan ikinci operasyonun neticesini de içine alan kümülatif oran) ise %95 (19/20 hasta) olarak bulundu.

Tartışma

VVF jinekolojik ve obstetrik girişimler sonrası gelişebilen bir komplikasyondur. Konservatif tedavi ile düzelmeye şansının düşük olması hastaların operasyon korkusu ile kliniklere geç başvurmalarına yol açmaktadır. Literatürde bilhassa küçük fistüllerin kapatılmasında denenmiş çeşitli konservatif yaklaşımlar bildirilmiştir, bunlar kateter drenajı, fibrinle oklüzyon, metal vidayla trakt epitelinin soyulması ve kortikosteroid kullanımını içerir (4,5,10). VVF'de tedavi cerrahın tercihine bağlıdır ve transvezikal, transvajinal ve laparoskopik yaklaşımlar bugün için günceldir.

Jinekolojik müdahaleler sırasında sadece mesane

değil üreterde yaralanabilmektedir. Üreter ligasyonları ve perforasyonları ile ureterovajinal fistüllerde oluşabilmektedir. İatrojenik ureter yaralanması oranı değişik serilerde %0.5-%30 arası değişmektedir (3,11). Mesane ve ureter yaralanmaları kombine de olabilmektedir. Bizim serimizde hiç ureterovajinal fistül yoktur fakat 3 adet UNS yaptığımız ureter alt uç darlığı vardır. Finlandiya'da 1990-95 yılları arasında yapılan ve toplam 62.379 histerektomiye kapsayan retrospektif bir çalışmada genel olarak ureter yaralanması oranı %0.1 bulunmuştur ki bu oran laparoskopik histerektomide abdominal histerektomiye nazaran 35 kat fazladır. Aynı çalışmada mesane yaralanması oranı 1000 vakada 1.3'dür. Mesane yaralanmalarında %65'i VVF'dir, yani VVF olasılığı 1000 vakada 0.8'dir: Detaylandırılırsa VVF olasılığı laparoskopik histerektomide %0.22, abdominal histerektomide %0.1 ve vajinal histerektomide %0.02 şeklinde bulunmuştur (3).

VVF tedavisinde operasyon zamanı tartışmalı konulardan birisidir. Bazı ekoller erken tedaviyi (ilk 6 hafta) savunurken bazıları geç dönem tedaviyi yani primer etyolojiden sonra en az 3 ay beklemeyi önermektedirler (4-9). Fakat literatür incelendiğinde erken tedavinin başarısının daha düşük olduğu görülmektedir (2,6). Biz, eğer hasta bize hemen başvurmuşsa bile en az 3 ay beklemeyi yani geç dönem operasyonu tercih ettik çünkü fibröz doku oluşmadan fistül traktının eksizyonunun ideal tedaviyi sağlayamayacağına inanmaktayız, ayrıca biliyoruz ki erken dönemde fistül kenarlarının inflamasyon ve/veya nekrozu cerrahinin başarısını azaltan bir sebeptir.

VVF tedavisinin diğer bir tartışması cerrahi teknik üzerinedir. Tedavide açık cerrahi yöntemler endoskopik yöntemlere göre daha üstündür (4,9). Transvajinal yöntemin düşük morbidite, düşük hastanede kalış süresi, sistostomi gerektirmemesi gibi avantajları varken vajinal yaklaşımın zorluğu, fistül traktının tam çıkarılamaması, ilave cerrahi tedaviye olanak vermemesi gibi dezavantajları vardır (4,8,9). Diğer bir açık cerrahi yöntem olan transvezikal yaklaşım ise, vajinal yaklaşımın zor olduğu; mesane boynu revizyonu, ureteral reimplantasyon ve flep tedavisi düşünülen olgularda zorunludur fakat hospitalizasyon süresi uzundur. Transvezikal teknik 2 şekilde uygulanır: Supratrigonal, geniş ve doku transpozisyonu gerektiren vakalarda O'conor tekniği ve klasik fistül eksizyonu tekniği (2). Biz olgularımızda hem fistül çapı ile yerini ve eşlik eden ureteral patolojileri göz önüne alarak hem de alışkanlıklar nedeniyle transvezikal klasik yaklaşımı tercih ettik.

VVF'ün açık cerrahi teknik ile tedavisinde fistül traktının eksize edilmesi konusunda tartışmalıdır. Bu işlemi tehlikeli ve gereksiz bulanlar vardır, bunlar küçük fistüllerin bu şekilde büyüdüğünü ve kapatma sırasında gerilme-yeniden neden olarak başarısızlıkla son bulduğunu ileri sürmektedirler (6,7,9). Bir diğer dezavantaj olarak fistülün eksizyonu ile kenarlarının kanamaya başladığını ve ko-

terizasyon ile canlı mesane duvarının travmatize olduğunu ayrıca ureteral orifise yakın fistüllerin eksizyonunun ureteral hasarlanmaya neden olduğunu bildirmektedirler (9,12). Biz tüm vakalarımızda fistül traktını eksize ettik, trigonal vakalarda ureter orifislerinden stent koyarak ureteral yaralanmayı minimuma indirmeye çalıştık. Traktı çıkarmadan nükslerin önlenemeyeceği amacını taşıdığımız bu metotta bir sorunla karşılaşmadık ve başarılı olduk.

Transvezikal tedavide bir diğer tartışmalı konu mesane ile vajina arasına doku transpozisyonu konusudur. Bu amaçla iyi vaskülarize bir ara flep kullanılması düşünülmüş ve bu amaçla periton, grasilis adalesi, miyokutanöz veya miyofasial ada flepleri, mesane mukozası, apendiks epiploika, gluteal deri ve labial fibröz yağ dokusu (martius flep) kullanılmıştır (5,9). Ancak ulaşılabilmesi ve mobilizasyonu en kolay doku omentumdur (13). Flep tedavisinin başarıyı arttırdığını bildiren seriler mevcuttur ve bunlar mesane ve vajen kapatma sütürlerinin bu şekilde birbirinin üstüne binmediğini savunmaktadırlar (5). Tam tersini savunanlar ise doku interpozisyonunun tamirini direncini arttırdığını fakat tekniği daha kompleks hale getirdiğini, operasyon süresini uzattığını ve bu ek tabakanın her zaman gerekmeyeceğini savunmaktadırlar (6). Bazı seçilmiş vaka-larda kullanılmasını onaylamakla birlikte biz serimizdeki hastalarda flep interpozisyonu kullanmadık.

Postoperatif dönemde transüretal drenaj süreside tartışmalıdır. Erken (1 veya 2. gün) veya geç dönem (10-21 gün) de foley kateteri çekip başarı bildiren literatür serileri mevcuttur (4,9). Biz serimizde 10 günden önce üretral kateteri çekmemeyi tercih ettik.

Sonuç olarak VVF hastaların yaşam kalitesini bozan ve doğru tedavi ile kesin düzelen bir iatrojenik hastalıktır. Başarıyı etkileyen birçok faktör bulunmasına rağmen; ürolojik uygulamalarla saptanan eğilimi dikkate almak kaydıyla; tedavi cerrahin kişisel tercihinin bağlıdır. Geç dönemde uygulanan ve transvezikal yaklaşımla fistül traktını eksize eden cerrahi teknik ile sağladığımız başarı yöntemimizin tercih edilebilirliği konusunda bizi ümitler kılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Langkilde NC, Pless TK, Lundbeck F, Nerstrom B. Surgical repair of vesicovajinal fistulae-a ten year retrospective study. Scand J Urol Nephrol 1999; 33(2):100-3.
2. Nesrallah LJ, Srougi M, Gittes RF. The O'Conor technique: the gold standart for supratrigonal vesicovajinal fistula repair. J Urol 1999; 161(2):566-8.
3. Harkkisiren P, Sjöberg J, Tiittinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. Obstet Gynecol 1998; 92(1): 113-8.
4. Yeniol CÖ, Minareci S ve ark. Vezikovajinal fistüllerin tedavisinde transvezikal yaklaşım. Türk Üroloji Dergisi 2000; 26(2): 246-9.
5. Emekçioğlu O, Kenan B ve ark. Yirmibir hastada vezikovajinal fistül onarım sonuçlarımız. Türk Üroloji Dergisi 1999; 25(1) :80-3.

6. Christophe EI, Aslan P, Webster GD. Transvajinal repair of vesicovajinal fistulas after hysterectomy by vajinal cuff excision. J Urol 1998; 160:728-30.
7. Sanchez MJM, Guillan MC and ass. Transvezical repair of non-complicated vezicovajinal fistula. Actas Urol Esp 2000; 24(2):185-9.
8. Korkmaz K, Bircan MK ve ark. Vezikovajinal fistül. Üroloji Bülteni 1995; 6(2):89-91.
9. Ersay A, Beyhan G, Yalınkaya A, Akay F. Üretrovajinal ve vezikovajinal fistüller: Onarım yöntemlerinin karşılaştırılması. Türk Üroloji Dergisi 1999; 25(3):339-45.
10. Davids RJ, Miranda SC. Conservative treatment of vesicovajinal fistulas by bladder drainage alone. Br J Urol 1991; 68:155-6.
11. Mariotti G and ass. Ureteral injuries during gynecologic procedures. Minerva Urol Nephrol 1997; 49(2): 95-8.
12. Elkins TE, Drescher C, Martey JO et al. Vesicovajinal fistula revisited. Obstet Gynecol 1998; 72:307-12.
13. Woo HH, Rosario DJ, Chapple CR. The treatment of vesicovajinal fistulae. Eur Urol 1996; 29:1-9.