

VEZİKO VAGİNAL FİSTULLER

Dr. Ergun Kerim Üner (*)

Dr. Mustafa Eminoğlu (**)

Dr. Yılmaz Bayraktar (***)

Makalenin bu ilk bölümünde veziko öaginol fistüllerin tarihçesinden, denenen çeşitli ameliyat şetörlerden, anatomic patolojisinden ve nihayet teşhis metotlarından bahsedilmiştir.

Sosyal bir problem olan veziko vaginal fistüllerin tarihçesi oldukça eskidir. Tıp tarihini tetkik ettiğimiz zaman M.Ö. 2050 de yaşamış olan Henhenit mumyasında veziko-vaginal bir fistule rastlanmıştır. Bunu Derry D.E. (1) ve Mahfouz N. (2) tetkik etmişler ve bunu bize göstermişlerdir.

Fistul lafından ilk bahsedener Hind doktorlarından M.Ö. 800-600 yıllarında yaşamış olan Vedas ve Apavedas'dır (3). Hippocrates de pek üstü kapalı bir şekilde bu hastalıktan bahsetmiştir.

Oribasis (4) M.S. 400 senesinde «Collectia Medicinalia» adlı kitabında urinaire fistullerden tedavi edilemeyen bir hasalık olarak bahsetmiştir. Ibni Sina M.S. 980-1037 veziko-vaginal fistüllerden bahsetmiş ve lesion'la uzun süren ağrı devri arasında bir ilişki kurmuştur. Veziko vaginal fistüllüri böylece ilk defa olarak tam anlamı ile tarif etmiştir.

1597 de Israel Spach (5) fistüllerin etiolojisi hakkında bilgi vermiş

ve iki vak'a takdim etmiştir. İspanyol meşhur Dr. Ludovici Mercati ilk defa olarak bu günkü anlamda fistul terimini kullanmıştır.

1663 de Hendrik Von Roonhuysen (6) «Medico Chirurgical observation» adlı kitabında veziko vaginal fistullerin gayet seçik bir şekilde tarifini yapmış ve ilmi bir şekilde tedavisini izah etmiştir. İlk defa olarak fistül kenarlarının tazelenmesi (avivement) tezini savunmuştur.

Volter (7), DiMarchettis (8), Monteggia, Dupuytren, Cloquet ve Desault devamlı sonda koyarak ve fistul kenarlarını koterize ederek tedavi etmişlerdir.

1802-1831 seneleri arasında Lewinski, Nagele, Lallement bir çok metotlar denemişlerse de çoğu tam bir başarısızlıkla son bulmuştur.

Fistüllerin cerrahi olarak modern anlama en uygun tedaviye 1834 de Jobert de Lamballe (9) başlamıştır. Fistül kenarlarını bisturi ile tazeleyip ve sonra deri parçası ile plasti ameliyatı

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Hastalıkları bölümü

** " " " " " " " uzman

*** " " " Üroloji Bölümü Doçenti

yapı 2 vakada kati şifa elde etti. Sonra bu tekniği Velpeau (10) geliştirdi, bu sefer deri parçası yerine vaginden parça alarak plasti denedi. Gene Jobert 1845 de 15 vakada kaydırarak cystoplastie veya auto-plastie vaginal tatbik etti ve 13 vakada başarıya ulaştı.

Simon'un (11) transvers colpo-cleisis'le tedavi tekniği bir çok gürültülü münakaşalara yol açıtıysa da 1914 de Latzko (12) bu tekniği büyük bir başarıyla tatbik etti.

1852 de Marion Sims (13) meşhur eserini neşretti. 1858 de Bazeman de Montgomery "Sims" metodunu Fransa da genelleştirdi. Lateral decubitis durumunda vezika mukozasına dokunmadan fistül kenarlarını canlandırmak, gümüş tellerle sütürler ve devamlı madeni sonda tatbikiyle büyük başarı elde etti.

1893 da Trendelenburg (14) ilk defa olarak supra pubik fistül tedavisi yaptı. 1906 da Farsht (15) periton boşluğuna girerek vezikayı uterusdan ayırıp fistülü kapatmayı denedi. Bu tekniği bu gün Legueu (16,17) metodu olarak isimlendiriyoruz.

ETIOLOJİ: Fistüllerin etiolojisini beş bölümde incelemek daha doğru olur kanısındayız. Bunlar:

- A- Doğuma bağlı sebepler
- B- Travmaya bağlı sebepler
- C- Bazı hastalıklara bağlı sebepler
- D- Radium ve radioterapiye bağlı sebepler
- E- Nadir sebepler

Şimdi bu sebepleri teker teker gözden geçirelim.

A- Doğuma bağlı sebeplerden meydana gelen fistuller en çok rastlanırlardır. Ekseriya uzun süren ve zor doğumlardan sonra meydana gelirler. Bunlar bilhassa platipelöid pelvislerde görülür. Veziko-vaginal kloison angaje olan çocuğun kafası ile semfis pubis arasında sıkışır. Bu durum uzun zaman devam ederse fistul meydana gelir.

İhmal edilmiş doğumlarda kadın günlerce ağrı devresinde kaldıktan sonra ekseriya ölü çocuk doğurur. Doğumdan bir kaç gün sonra veziko vaginal kloizonda bir kabuklaşma nekroz-meydana gelir ki zamanla düşünce orada geniş bir gedik bırakır.

Bundan başka yanlış tatbik edilmiş doğum manevralarında meselâ forseps, vakum, veya baziotripsi, veziko vaginal kloison yırtılabilir. Aletle yırtılmaların başka kraniotomie esnasında kırılan kemik parçacıkları idrar kesesini yırtabilir. Doğum sonu fistulleri genellikle aşağıda ve ekseriya uretraldirler. Bazen de yukarıda olur ve collum'la vezikayı birleştirebilir. Lavery (18) Afrikada 3.5 sene içerisinde 160 fistül vakası görmüş ve bunlardan 157 si doğuma bağlı travmalarla ilgiliymiş. Krishnan (19) Hindistanda 3 senede 100 doğma bağlı fistül müşahade etmiş. Fakat doğum öncesi iyi takip edilmiş merkezlerde bu tip fistüllere çok az rastlanır. Meselâ Tablo-I de bunu müşahade etmek kabildir.

	Vakka	%
Clohen and Weinberg (20)		0.08
Miller and George(21)	292	14.70
Moir	(22-23)230	27.40

TABLO I

B- Travmaya bağlı sebeplerden

bilhassa cerrahi travma çok önemlidir. Bundan başka herhangi bir kaza sonucu pelvik travmaya bağlı fistüller vardır ki bunlar sayıca önemsiz bir sıra teşkil ederler. Biz burada cerrahi travmaya bağlı fistül sebeplerini inceleyeceğiz. Bunlar 3 yoldan olabilirler.

1- Vezikanın kazaen ameliyatnında delinmesi

2- Sistosel tamirinde vezikanın çok fazla disseksiyonu neticesinde fazla kan kaybı, hematoma teşkili ve nekroz meydana gelmesi.

3- Ameliyat esnasında vezikanın ligatürü, üzerine dikiş atılması veya pensle sıkıştırılması küçük bir nekroz teşkiline sebep olur ki bu da ilerde fistül meydana getirir.

J. Chassar Moir « The Vesico-Vaginal Fistula » adlı kitabında travmaya bağlı fistüllerin sebeplerini 268 vaka da şöylece sıralamıştır:

Abdominal veya vaginal histerektomi	111
Wertheim, radyum veya radyumsuz	24
Kolporafi, Manchester dahil	63
Vesicolysis	10
Vezika boynunun rezeksiyonu	7
Üretral divertikül	5
Konjenital anomali	5
Miles ameliyatı	4
Suni vagin	3
Vaginal kist	2
Sebebi bilinmeyen ülser	2
Arta kalmışserv iksin çıkarılması	2
Diğer sebepler	10

TABLO-2

Bunlardan başka 14 tane radyuma bağlı sebepten ve 4 tane de peserden dolayı fistül vakkasını da bu istatistiğe eklemek lazımdır.

C- Bazı hastalıklara bağlı sebepler arasında kadın dış genital yolları kanserleri, lymphogranuloma venerum, sifiliz, schistosomiasis gibi hastalıklar vaginanın ön duvarını ve uretrayı tuttukları zaman da fistüller meydana gelebilir.

D- Radyum ve radyoterapiye ait sebepler bilhassa collum Ca nın tedavisinde kullanılan radyum ve radyoterapi sırasında meydana gelen nekroz sebebi ile olur. Bunlar ya radyum tatbikini takip eden günlerde veya tedavi bittikten uzun zaman sonra meydana çıkar.

E- Vezika vaginal fistüllere sebep olan nadir durumları 3 e ayırmak kabildir:

1- Vezika içindeki yabancı etkenlere bağlı sebepler. Bunlar arasında kadınlarda ender olarak rastlanan vezika taşlar, veziko vaginal kloizon'da gittikçe ilerleyen bir şekilde ülserler meydana getirir ve parieto vezikal infleksion dolayısı ile fistül meydana gelir. Gene bu sebepler arasında uzun zaman bırakılmış sert bir sondanın da fistül amili olacağını akıldan çıkarmamak lazımdır.

2- Vagina içindeki yabancı cisimler, bunlar arasında en çok vagene konmuş peserleri gösterebiliriz.

3- Civar doku iltihapları da veziko vaginal fistüllere sebebiyet verirler.

PATOLOJİK ANATOMİ:

Şematik olarak diyebiliriz ki eğer bir fistül vagin'in 1/3 aşağı kısmındaysa bunlar ekseriya uretraya ait fistüllerdir. Bunlara uretro-vaginal fistül adı verilir. Bunlarda uretranın alt duvarı az veya

çok harap olabilir; şayet kanalın servikal kısmı yaralanmışsa vezikal sifinkter de yaralanmıştır. Bu tip hastalarda idrar tutamama başlamıştır. Bu gibi vakalarda yalnızca fistülün tamiri ile yetinilmemeli enkontinansa mani olmak için sifinkteri de tamir etmek elzemdir.

Şayet fistül vagina'nın 1/3 yukarı kısmında ise bu gibi fistüllere aşağı veziko vaginal fistüller 1/3 yukarı kısmında ise yukarı veziko-vaginal fistüller adı verilir. Bu gibi fistüller genellikle orta hat üstünde bulunurlar ve nadiren de yan kısımlarda olabilir ki bunlar ekseriya sağ tarafta olurlar.

Vezika yüzeyinde fistül deliği ekseriya trigon seviyesinde bulunur. Fakat ameliyata bağlı fistüllerde bu delik daha geride olabilir.

Şayet fistül vagin'in 1/3 yukarı kısmından daha yukarıda ise bu gibi fistüllere veziko-üterin fistüller adı verilir. Fistülün vezikal deliği tirigonun arkasında, uterusu ait deliği ise her zaman collum üzerinde yer alır.

Fistül ağızlarının büyüklükleri çok değişiktir. Kuş gözü büyüklüğünden 4-5 cm kadar olanlarına sık rastlanır. Bu büyük fistüller genellikle doğuma bağlı sebeplerden meydana gelenlerdir. Fistüllerin sebep oldukları diğer yan hastalıkların tedavisi ameliyat endikasyonunu koymak bakımından çok önemlidir. Zira bunların tedavisi yapılmadan ameliyata geçmek büyük hatadır. Bunlar içinde en sık raslanan sistittir. Pyelonefrit bunu takip edebilir. Ayrıca tâli olarak fosfaturik taşlarınınada raslanır.

Büyük fistüllerde idrar kesesi küçülür ve fibroz doku adele dokusunun

yerini alır. Devamlı olarak tahriş olan vaginde mukosaya ait lezyonlar vardır. Hattta vagin kireçli bir tabaka ile kaplanabilir ve hatta bunlar fistül ağzını tıkayarak bize kendi kendine kapanmış fistül hissini yanlış olarak uyardırabilir.

Bazı vakalarda vagin doğum veya cerrahi travmalardan dolayı nebde bridleri ile yarı yarıya kapanabilir. Gene bu tahrişden dolayı vagin yumuşaklığını kaybeder ve cerrahi bir müdahaleye imkân vermeyecek bir durum alır. Uterusda da metrite sık olmasada raslamak mümkündür. Devamlı idrar kaybı vulvada ve apış aralarında muco-kutane lezyonlar meydana getirir ki bunlar hastaya dayanılmaz zorluklar verir.

TEŞHİS: Vaginle idrar kesesini birleştiren fistül ağzının kati yerini bulmak için kaçınılmaz iki muayene usulü vardır. Bunlar speculum veya valvlerle vagin'i muayene etmek diğeri ise sistoskoplâ vezikanın içini direkt olarak görmek.

Vagin muayenesi: Büyük fistülleri vaginal tuşe ile teşhis etmek ve parmağın uretradan sokulmuş madeni bir sonda ile teması bize iyi bir fikir verebilir. Fakat küçük fistülleri elle muayenede hissetmek imkâsızdır. Bunlar ancak gözle teşhis edilebilirler.

Hastanın ginekolojik vaziyette yatması genellikle yeterlidir. Bazı vakalarda hastanın decubitus lateral veya genou pektoral durumda olmaları muayeneyi kolaylaştırır. Gene bazı fistüllerin çok küçük oldukları vakalarda fistül deliğini gözle dahi görmek imfânsızdır. Bu durumda vagin içindeki fistül ağzını iyi görebilmek için idrar

kesesinin içine % 10 luk 30 cc argyrol veya 60-70 cc sulandırılmış süt konur, böylelikle etraf dokularının rengini değiştirmeden bu imkânı sağlamış oluruz.

Daha küçük fistüllerde kullanılan başka bir metot da şudur: İdrar kesesinin içi ılık suyla doldurulduktan sonra hasta genu pektoral vaziyete getirilir ve veziko içine hava verilir. Vagin tetkik edildiği zaman hava karcıklarının fistul deliği ağzından çıktığı görülebilir.

Diğer bir teşhis metoduda vagin içine tampon koymaktadır. 60-70 cc %10 luk argyrol vezika içine doldurulur, hasta 10 dakika kadar yürütülür sonra tampon çıkarılır.

a- Şayet tamponun alt ucu argyrol'la boyanırsa veziko uretal fistül

b- Şayet tamponun ortası veya alt ucu boyanırsa veziko vaginal fistül

c- Hiç boyanmazsa veya tamponun alt ucu veya üst ucu boyanmış idrarla ıslanmışsa bu durumda ureteral fistülden bahsedebiliriz.

İdrar kesesi muayenesi: Sistoskopi her vakkada yapılmalıdır. Fistülün geniş olduğu vakalarda sistoskobun ucuna bir tavuk kursağı veya eldiven parmağı bağlamak bunun için sistoskop vasıtası ile su ile doldurarak muayeneyi yapmak ekseriya iyi sonuçlar verir. Sistoskopide fistülün lokalizasyonu ve deliğinin genişliği, vezika sifinkteri ve ureterlerle ilişkisi, birden fazla fistülün varlığı, fistül civarındaki dokuların durumu, fistülün mobilitesi eğer immobilse bunun nedbe dokusundan dolayı fiksasyonu mu yoksa pelvis kemikleri ile iltisaktan mı olduğunu anlamamız bakımından mühimdir.

Ureter ağızları ile fistul ağzının durumunun tesbiti çok önemlidir. Ekseriya fistül deliği trigon civarındadır ve nedbe dokusu ureter deliklerini büzer veya anatomik şekillerini bozar ki bu da bize ameliyat esnasında zorluk çıkarır. Bazan ureter deliği fistülün tam kenarına açılır ki bunu evvelden bilirsek ameliyat sonunda ureter son-dasını devamlı olarak yerinde bırakırız.

Bütün bu muayeneleri I.V.P. ile tamamlarsak hem ureterlerin hem de böbreklerin doğum veya cerrahi travmadan zarar görüp görmediğini anlamışız oluruz.

RESUME: Dans la premiere partie de cette article on a etudie l'histoire et les divers operations pour reparer les fistules vesico-vaginales. L'etologie, anatomo-pathologie et les differents methodes de diagnostic sont revisees.

REFERANSLAR

- 1- Derry, D.E.: J. Obstet Chirurgie Gynaec Brit. Emp. 42:490,1935
- 2- Mahfouz, N.: Atlas of Mahfouz's Obstetric and Gynaecological Museum Altrincham Eng 1949
- 3- McKay, S.: History of Gynecology. London, Bailliere, Tindall and Cox 1901
- 4- Oribasuis: Encyclopedia of Medicine, Paris 1862 Vol 4 p.466
- 5- Spach, I.: Gynaecoruum, Argentinei, 1597
- 6- Von Roonhuyse, H.: Medico-Chirurgical Observation, London England Moses Pitt at the Angel 1676 p.311
- 7- Volter, C.: Neu Erroffnete Hebammen-Schule Stuttgart, 1687
- 8- DiMarchett, P.: Observationum Medico-Chirurgicarum Rariorum Sylloge. Patave, 1675

- 9- Jobert de Lamballe, A. J. Traite des Fistules vesico uterines. Paris Bailiere et fils 1862
- 10- Velpeau, Alfred, A.L.M.: Complete Treatise on Midwifery 1852 p.642
- 11- Simon, G.: Ueber die Operation der Blasen-Scheidenfisteln. Rostok, Schmidt. 1862
- 12- Latzko, W.: Zbl Gynak. 38:906, 1914
- 13- Sims, J.: Med. Sci. 23:59, 1852
- 14- Trendelenburg, F.: Ueber Blasen-Scheidenfistiotoperationen. Leipzig. Germany samml. Klin Vortrage 1890 p 3373
- 15- Farshat, J.J.: J. Urol 44:279.1906
- 16- Legueu, F.: Arch. Urol Hecker, 1:1, 1913
- 17- Legueu, F.: Surg. Gynec. Obstet. 48:796, 1929
- 18- Lavery, D.W.P.: J. Obstet Gynaec. Birt. Emp. 62:530, 1955
- 19- Krishnan, R.G.J.: J. Obstet Gynaec Brit. Emp. 56:22, 1949
- 20- Cohen, S., Palumbo, L. et Coll.: Am. J. Obstet Gynec. 63:479, 1952
- 21- Miller, N.F., George, H.: Am. J. obstet Gynec. 68:436 1954
- 22- Moir, J.C.: Am. J. Obstet Gynec 71:476, 1956
- 23- Moir, J.C.: The Vesico-Vaginal Fistula. London Vailliere, Tindall and Cox 1961