

ÜROGENİTAL FİSTÜLLER

Dr. Mustafa EMİNOĞLU(*)

ÖZET

Üç sene içinde kliniğimizde görülen 22 ürogenital fistül vakası takdim edildi. Bu vesileyle fistüllerin etyolojisi, lokalizasyonu, teşhisi, ameliyat zamanı, ameliyat tekniği, preoperatif ve postoperatif bakımı ve sonuçları tartışıldı. Vaginadan fistül yoluyla mesaneye sokulan Foley kateterinin fistül kenarlarının traksiyonu için ameliyat esnasında kullanılmasının avantajları anlatıldı.

1. GİRİŞ:

Ürogenital fistül nedeniyle devamlı idrar kaçıran hastaların üzüntüleri büyüktür. İnsanlardan kaçan, aile fertlerinden ve hattâ toplumdan utanan bu hastaların çoğu derin bir depresyon içinde olup kolayca intihara teşebbüs edebilirler. Başarılı bir tedaviden sonra, ürogenital fistüllü hastaların hekimine karşı beslediği minnet ve şükran hislerini başka hastalarda görmek zordur. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne 1969 - 1971 yılları arasında 22 ürogenital fistül vak'ası gelmiştir. Hastalarımıza ait bulguları, tedaviyi ve aldığımız sonuçları yayınlamak, Ülkemizde oldukça sık görülen, teşhis ve tedavi yönünden özellik gösteren bu konuya katkıda bulunmayı uygun gördük.

2. BULGULAR:

Hastaların yaşları 18-80 yaş arasında değişmekte olup ortalama (mean) yaş 33.6'dır. Hastaların anamnezinden öğrenildiğine göre, ürogenital fistüller, daha çok vaginal doğum ve ameliyat sonucu husule gelmiştir (Tablo : 1).

Tablo: 1 – Ürogenital Fistüllü 22 Vak'ada Etiyolojik Nedenler

Etiyolojik Nedenler	Vak'a	
	Sayısı	%
Vaginal Doğum	13	59.1
Ameliyat	7	31.8
Diğer	2	9.1
Toplam	22	100.0

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Doçenti.

Görüldüğü gibi, fistüllerin meydana gelmesine yol açan en önemli sebep, doğumdur. Hastaların çoğunda, uzun süren doğum eylemi ölü doğumla sonuçlanmıştır. Bu gibi durumlarda, fetus başıyla pelvis kemikleri arasında sıkışan vagina, mesane ve uretra dokularında iskemik nekroz olur. Nekroze olan doku yavaş yavaş dökülerek, aşağı idrar yolları ile vagina arasındaki dokuda defekt meydana gelir. Bu şekilde oluşan fistüllerin en önemli özelliği, doğumdan 3-5 gün sonra idrar kaçırma şikâyetlerinin başlamasıdır.

Ameliyat sonu husule gelen yedi vak'anın beşi total abdominal histerektomiden, ikisi ise vaginal plastik ameliyatından sonra görülmüştür. Abdominal total histerektomi ameliyatı, üç vak'ada jinekolojik endikasyon ve iki vak'ada uterus rüptürü nedeniyle yapıldığından, doğuma bağlı fistül sayısını onbeş olarak kabul etmek yerindedir.

Diğer nedenlere bağlı fistüllerden biri, 80 yaşında total uterus prolapsüslü bir hastanın kendi başına prolapsüsünü yerine reddederken frajil dokunun yırtılması sonucu meydana gelmiştir. Diğeri, 18 yaşında vaginal aplazili yeni evli bir hastada, koitus imkânsızlığı gidermek isteyen diplomasız bir ebenin, makasla uretrayı kesmesi sonucu ortaya çıkmıştır.

Ürogenital fistüllerin, lokalizasyonlarına göre dağılımı Tablo : 2 de gösterilmiştir. En sık görülen fistülün veziko-vaginal tipte olduğu, bunu uretro-veziko-vaginal fistüllerin izlediği görülmektedir. Bir vak'ada ürogenital fistüle ek olarak rekto-vaginal fistül mevcuttu. İki ayrı

tip fistülün bir arada bulunduğu hallerde kombine fistülden söz edilir.

Veziko-vaginal fistüllerin hepsi orta hat üzerinde lokalize olmuşlardı. Çapları 0,5-5 cm. arasında değişmekte idi. Büyük olan fistüllerde, mesane ön duvarı fistül deliğinden prolabe olmuştu. Pembe renkteki vagina mukozasını, parlak kırmızı renkteki mesane mukozasından ayırmak kolaydır. Üç vak'ada çıplak gözle üreterin mesanedeki orifislerini görmek mümkündür.

Üretro-veziko-vaginal fistülden ikisi circumferential (çevresel) fistül şeklinde idi⁽¹⁾. Yani mesanenin arka duvarından başka ön duvarında da defekt mevcuttu.

Üretro-vaginal fistüllerin her üçü de sol üreteri tutmakta idi. Birisi Servisimizde üterüs rüptürü nedeniyle, diğer ikisi başka hastahanelerde jinekolojik endikasyonlarla yapılan total abdominal histerektomiye takiben husule gelmişlerdi. Her üçünde de üreter, üterin arterle çaprazlaştığı yerde leze olmuştu. İkisinde üreter, a. uterina ile birlikte kesilerek katgütle bağlanmış ve ameliyattan 7 gün sonra idrar kaçırma başlamıştır. Üçüncü vak'ada ise üreter, kanamayı durdurmak için konmuş olan ipek sütürlerden biri içinde kalmıştı. Bu vak'ada idrar kaçırma ameliyattan 13 gün sonra başlamıştır. Üreterin kesilmeden sadece katkütle bağlanması geçici olarak hidroüreter ve hidronefroz meydana gelmesine ve dolayısıyla sırtta, kosto-vertebral bölgede ağrı duyulmasına sebep olmaktadır. Bir hafta sonra katkütün erimesiyle idrar pasajı tekrar açılacağından durum normale dönmektedir. Kanımızca bu çeşit üreter kompli-

kasyonu total abdominal histerektomiye takiben seyrek olmayarak husule gelmekte ve pek çoğu klinik olarak teşhis edilememekte, sadece ameliyat sonu devresinin hadiseli geçmesine sebep olmak-

tadır. Üreterin kesilip katkıle bağlanması halinde bir hafta sonra katkıtün erimesiyle idrar inkontinensi ortaya çıkar.

Tablo : 2 — Ürogenital Fistüllü 22 Vak'ada Fistüllerin Lokalizasyonu

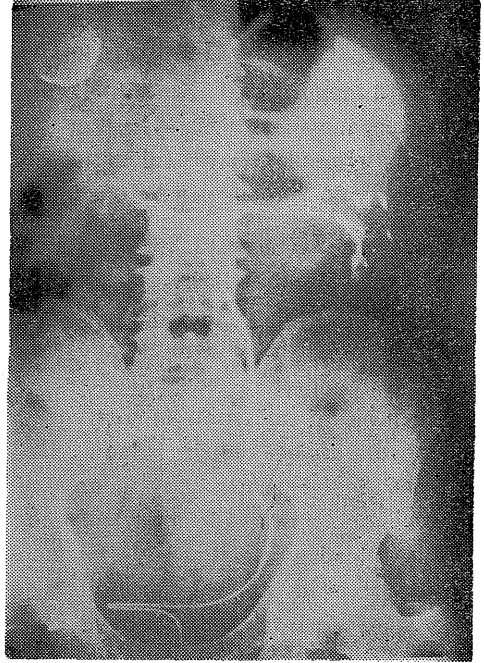
Fistülün Tipi	Vak'a	
	Sayısı	%
Veziko - vaginal	13	59.1
Üretro - veziko - vaginal (*)	5	22.6
Üretero - vaginal	3	13.6
Üretro - vaginal	1	4.6
T o p l a m	22	100.0

(*) Bir vak'ada kombine fistül vardı.

Üreter kesilmeden ipek veya absorbe olmayan dikiş materyeli ile bağlanırsa husule gelen hidroureter ve hidronefroz dolayısıyla tazyik sonucu böbrek atrofiye uğrayabilir. Bu takdirde postoperatif devrenin komplikasyonlu geçmesinden başka klinik bir belirti vermiyebilir. Fakat, çoklukla ameliyattan 10-15 gün sonra idrar fistülü teşekkülüyle kendini belli eder. Üretero-vaginal fistül bulunan 3 vak'ada üreterin parsiyel obstrüksiyonuna bağlı olarak leze olan tarafta hidronefroz ve hidroüreter teşekkül etmişti. Bir vak'ada diğer böbrek ektopik olarak pelvise yerleşmişti (Resim : 1).

3. TARTIŞMA ve SONUÇ:

Doğum sonu ürogenital fistül teşekkül eden hastalarımızın hepsi, doğumlarını diplomasız ebe yardımıyla yapmışlardı. Doğumlarını sağlık kuruluşlarında veya iyi yetişmiş sağlık personelinin nezaretinde yapanlarda ürogenital fistüller



Resim : 1 - Solda üretero-vaginal fistül bulunan hastanın İ.V. pyelogramı. Solda hidroüreter ve hidronefroz, sağda ektopik böbrek görülmektedir.

çok az görülmektedir. Obstetrik bilimindeki gelişmelerden geniş halk kitlelerinin yararlanması arttıkça bu tip fistüller azalacaktır. Nitekim 1920 yılında Mayo Kliniğinde, doğumu takiben meydana gelen ürogenital fistüllerin tüm fistüllere oranı % 39 iken, 1964 yılında % 5 e düşmüştür⁽²⁾, Ülkemizin her yanında modern obstetriğin uygulanması, doğum nedeniyle husule gelen fistüllerin büyük ölçüde azalmasına yol açacaktır.

Ürogenital fistüller, radyoterapi sonucu da meydana gelebilirler. Bizim vak'alarımızın hiçbirinde fistül oluşumunda bu faktörün rol oynadığı tesbit edilememiştir.

a- Teşhis : Vaginal tuşe ve spekülüm muayenesiyle büyük fistüllerin tanınması kolaydır. Küçük fistüllerin teşhisi ve lokalizasyonların tesbiti güç olabilir. Bu takdirde, vagina spekülümle muayene edilirken, mesaneye üretral kateter yoluyla dilue metilen mavisi solüsyonu verilmesi faydalı bir muayene metodudur.

Üretero-vaginal fistüllerde hastanın anamnezi karakteristiktir. Hasta, idrarını yapmak için tuvalete gitmek ihtiyacını duyduğu halde aynı zamanda devamlı olarak idrar kaçırdığını ifade eder. Metilen mavisi solüsyonu ile muayenede mesanenin sağlam olduğu bulunur. Damardan indigokarmen boyası enjekte edildiğinde 2-3 dakika içinde kırmızı boyanın vaginadan geldiği görülür. Fistülün hangi üreterde olduğunu tesbit etmek için yine damardan indigokarmen verilerek sistoskopi yapılır. Kırmızı boyalı idrarın geldiği üreterin sağlam, boyalı idrarın gelmediği üreterin ise fistülize olduğu anlaşılır. Gerekirse üreterlere

sistoskopi yardımıyla kateter konur. Fistülize olan üreterde, obstrüksiyon nedeniyle, kateter muayyen bir noktadan daha ileri sevkedilemez. Böylece, fistülün hangi üreterde ve üreterin neresinde olduğu tayin edilir.

b- Fistülle Birlikte Sık Görülen Haller : Devamlı olarak idrarın vagina ve vulvayı ıslatması sonucu, bu organlarda tahriş ve iltihap husule gelmektedir. Şiddeti, hastanın temizliğine gösterdiği lâkaydi ile artmaktadır. Uzun süreden beri fistül mevcut olan beş vak'ada perinede ve uylukların iç yüzünde excoriation ve urat tuzlarının encrustation'u husule gelmişti. Bir vak'ada vaginada ileri derecede nedbe ve stenoz mevcuttu.

İki vak'ada 4-6 cm. çapında infeksiyona bağlı fosfat taşları teşekkül ettiği görülmüştür. Birinde idrar fistülü mesane boynunda idi. 70 yaşındaki diğer bir hastada ise sistosel tamiri esnasında mesane leze olmuş, ameliyatı yapan doktor fistül tamiri yerine median colpocleisis yaparak vulvuyı kapatmış, vaginada, idrar stazı ve enfeksiyon sonucu, taş husule gelmişti. İleri derecede ızdırabi olan bu hasta, taşın çıkarılmasından sonra o kadar rahatladı ki, fistül tamiri için teklif edilen ameliyatı dahi kabul etmedi.

Vak'aların hepsinde fistül mevcut olduğu sürece amenore vardı. Fistülün üterüse yaptığı lokal irritasyonla mı, yoksa ileri derecede deprese olan bu hastalarda merkezi sinir sistemi ve hipotalamus yoluyla gonadotropik hormonların inhibisyonuyla mı husule geldiğine karar vermek mümkün olmamıştır. Belki, her iki faktörün de rolü vardır.

c- Ameliyat Zamanı : Fistül teşekkülünden beş ve onbeş sene sonra müracaat eden iki vak'a dışında diğerlerinde bu süre iki seneyi geçmemektedir. Üretro-vaginal fistüllerde husule gelen hidroüreter, hidronefroza, böbrek enfeksiyonuna ve fonksiyonunun bozulmasına sebep olacağından, fistülün vakit geçirilmeden ameliyatla düzeltilmesi gereklidir. Mesane ve üretra fistüllerinde, fistülün teşekkülünden itibaren en az 5-6 ayın geçmiş olmasını prensip olarak kabul etmekteyiz. Collin ve arkadaşları⁽³⁾, kortizonun anti-inflamatuvar tesirinden istifade ederek, bu müddetin kısaltılabileceğini ileri sürmüşlerse de, bu konuda bir tecrübemiz yoktur.

d- Ameliyat Öncesi Muayene ve Bakımı : Bütün hastalıklarda, kanda üre miktarı tayini, I.V. prelogram rutin olarak yapılmıştır. Büyük veziko-vaginal fistüllerde üreter orifislerinin fistül kenarına yakınlık derecesinin tayini için preoperatif sistoskopiden yararlanılmıştır. Bu muayene büyük bir Foley kateterin vaginaya konması ve balonunun şişirilmesiyle temin edilmiştir. Böylece, balon tarafından kapatılan veziko-vaginal defekt mesanenin su ile doldurulmasını ve sistoskopi yapılmasını mümkün kılmıştır.

Vulva ve vaginasi enfekte ve irrite olan vak'alarda, günde 3-4 defa sıcak suda oturma banyosu yaptırılmıştır. İdrar yolu antiseptiklerinden gantrisin veya furodantinden birisi hastaneye yattığı gün başlanarak postoperatif devrede, sonda çıkarılıncaya kadar kullanılmıştır.

e- Ameliyat : Üretero - vaginal fistül bulunan 3 hastada transperitoneal

yoldan girilerek üreter bulunmuş ve mesaneye doğru fibröz nebde dokusuna kadar diseke edilmiştir. Bu noktada üreter kesilerek proksimal kısmına ipek ligatür kondu. Her 3 vak'ada da üreter gerilmeden mesaneye ulaşabildiğinden üretero - neosistostomi yapıldı. Üretere konan kateter bir hafta sonra çıkarıldı. İdrar drenajı sürapubik sistostomi ve üretra yoluyla mesaneye sevk edilen Foley sonda ile timin edildi.

Üretro - vaginal fistüllü hastada aynı zamanda vaginal aplazi bulunduğundan, tek seansta vaginoplasti ve üretra tamiri yapıldı. Vaginaya konan protezle üretraya konan 18 Numara Foley kateterin tazyiki altında kalan dokuda işlemik nekroz husule geldiğinden idrar kontinensi temin edilemedi. İki ay sonra tekrar yapılan üretra tamirinde ise idrar drenajı sürapubik sistostomi ile temin edildi. Stenoz olmaması için üretraya 12 numara Nelaton sonda kondu ve ameliyattan bir hafta sonra çıkarıldı. Dokunun beslenmesini artırmak ve destek vazifesi görmek üzere bulbokavernöz grafi yapıldı.

Başlangıçta büyük ve tamiri güç görülen 3 veziko - vaginal fistülde, üretro - sigmoidostomi, yani Coffey ameliyatı yapılmıştır. Erken sonuçları yüz güldürücü olmasına rağmen, uzun sürede üriner sistem enfeksiyonuna ve hiperkloremik asidoza sebep olması nedeniyle, fistül cerrahisinde tecrübemiz arttıkça bu ameliyat şeklini uygulamaktan vazgeçtik.

Uterüs prolapsüsüyle beraber veziko-vaginal fistül bulunan vak'ada aynı zamanda vaginal histerektomi yapılmıştır. Oniki vak'ada fistülün çapına göre de-

ğışen büyüklükte Foley kateteri, fistül- den mesane içine sokularak serum fizyolojikle şişirilmiş ve traksiyon için kullanılmıştır. Eğer cerrah fistüle yaklaşmıyorsa, fistülü cerraha yaklaştırmak prensibini gerçekleştirmek bakımından bu metodun çok faydalı olduğuna inanıyoruz. Evvelce başka yerde iki defa tamir edilmiş ve başarı sağlanamamış bir vak'ada en ince Foley sondasını sokabilmek için fistül deliğini Hegar bujisiyle dilate ettik. Fistül çevresinin traksiyonunu temin için, Allis pensleri veya ipek dikişler kullanılması, dar olan ameliyat sahasını daha da daraltacağından ameliyatı güçleştirmektedir. Ayrıca, bu usüllerle traksiyon tam fistül kenarına değil, onun çevresine tatbik edilmektedir. Foley sondası fistülden mesaneye sokulduktan ve balonu şişirilerek çekildikten sonra, fistül kenarındaki vaginal mükoza bisturiyle çepeçevre kesilir. Künt ve keskin disseksiyonla mesane mobilize edilir. Atravmatik 00 kromik katküt kullanılarak mükozadan geçmemek üzere mesane adele tabakasına birinci sıra dikiş konur. Ortadaki dikişler sonda çıkarıldıktan sonra bağlanır.

Üretradan sevkedilen bir kateter yoluyla mesaneye steril süt verilerek birinci sıra dikişlerin su sızdırmaz şekilde fistül deliğini kapatıp kapatmadığını kontrol etmekteyiz. Ameliyat sahasını boyamadığı için sütü, metilen mavisine tercih etmekteyiz. İkinci sıra dikişler de konduktan sonra vagina mukozası horizontal istikamette dikilen mesane duvarına dik olacak bir şekilde, yani longitudinal istikamette, kromik veya adi katkütle dikilerek kapatılır. Naylon iplik veya paslanmaz çelik tel kullanılması-

nın⁽⁶⁾ lüzumlu olduğu kanısında değildir.

Ürolojik fistül tamirinde hastanın diz-dirsek⁽⁴⁾ ve Sims pozisyonunda⁽⁵⁾ ameliyat masasına yatırılmasını tavsiye edenler varsa da, biz diğer jinekolojik ameliyatlar için alışık olduğumuz litotomi vaziyetini tercih etmekteyiz. Vezikog vaginal fistüllerin hepsinde vaginal yol kullanılmış, transperitoneal ve transvesikal yola başvurulmamıştır.

Mesane boynu ve üretrayı tutan vak'aların birinde m.gracilis⁽¹⁾, ikisinde ise bülbokavernöz grafiti kullanılmıştır. İki vak'ada vaginal, beş vak'ada ise süprapübik sistostomi yapılmıştır. Mesane boynu fistüllerinde üretraya Nelaton sonda konmuştur. Çünkü Foley kateterin balonu şişirildiği zaman, tamir edilen dokuya tazyikle gerilmesine yol açtığından zararlıdır. Vaginal sistostomide tatbik edilen Foley kateter 7-10 gün arasında, süprapübik sistostomide kullanılan Pezzer sondası ise ondördüncü gün çıkarılmıştır. Postoperatif devrede, hastanın yüzükoyun yatırılmasının ve emme drenajının (suction drainage) prognoza müessir olacağına inanmadığımızdan tatbik etmedik. Postoperatif devrede idrar drenajının kesintisiz olarak devamına büyük bir itina gösterilmiş ve idrar sondası çıkarılıncaya kadar hastaya üri- ner antiseptik verilmeye devam edilmiştir.

Taburcu edilen her hastaya 3-4 ay koitus yapmamasının, gebe kalırsa vaginal yoldan değil, Sezeryan ameliyatı ile abdominal yoldan doğurmasının gerekli olduğu öğütlenmiştir. Buna rağmen, şifa ile taburcu edilen hastalarımızdan birisi, köyünde yaptığı spontan doğumu taki-

ben husule gelen fistülle tekrar Kliniğimize müracaat etmiştir.

Ameliyatı kabul etmeyen yaşlı bir hasta nedeniyle 21 vak'ada uygulanan fistül tamiri 17 vak'ada başarı ile sonuçlanmıştır. Şifa sağlanamayan dört vak'ada başarı ile sonuçlanmıştır. Şifa sağlanamayan dört vak'adan Kliniğimize tekrar başvuran ikisinde, yapılan ikinci müdahaleyle idrar kontinensi temin edilmiştir. Başarı sağlanamayan iki vak'ada geniş olan fistül, mesane boynu ve distal üretrayı tutmaktaydı. Kanımızca dokunun kanlanması artırmak ve ek bir destek sağlamak amacıyla m.gracilis veya bülbakavernöz grafitının kullanılmamış olması başarısızlık sebebidir. Üretroveziko - vaginal fistüllü iki hasta, defektin anatomik olarak kapatılmasından sonra öksürme, gülme, ağır yük kaldırma v.s. gibi hallerde az miktarda idrar kaçırmalarına (stress incontinence) rağmen, eski-

sine nazaran durumlarından memnun olduklarından tekrar ameliyat olmayı kabul etmediler.

Mesane boynunda yerleşen fistüllerde başarı sağlamanın güç olduğu sonucuna vardık. Kelly dikişiyile takviye edilmesi ve pediküllü graft kullanılmasının anatomik ve fonksiyonel yönden tatminkâr bir sonuç alınmasında faydalı olacağı kanısındayız.

Fistülün yerine ve büyüklüğüne göre, her vak'a özellik göstermekle beraber, veziko - vaginal fistül tedavisindeki üç ana prensip değişmemektedir. Bu prensipler :

- 1- Mesane yeteri kadar mobilize edilmelidir,
- 2- Gerilme olmadan mesane ve vagina tabaka halinde dikilmelidir,
- 3- Postoperatif devrede devamlı idrar drenajı temin edilmelidir.

S U M M A R Y

22 patients with urogenital fistula have admitted to gynecology department between the years 1969 - 1971. The etiology, localisation, diagnosis, optimum time of operation, preoperative and postoperative care, results were discussed. Advantages of the use of Foley catheter which was placed from vagina through fistula into the bladder, for the traction of the opening of fistula during repair were described.

KAYNAKLAR

1. Eminoğlu, M.: Geniş üretro-veziko-vaginal fistül tamirinde m.gracilis grafitının kullanıldığı bir vak'a hakkında, Sağlık Dergisi, 11-12: 59, 1971.
2. Masee, D. E.: Management of urinary-vaginal fistula, JAMA 190: 124, 1964.
3. Collin S, C. G., Pent, D., and Jones, F. B.: Results of early repair of vesico-vaginal fistula with preliminary cortisone treatment, Amer. J. Obstet. Gynec. 80: 1005, 1960.
4. Longo, L. D.: Postobstetrics genitourinary tract fistula, Obstet. and Gynec. 23: 768, 1964.
5. Sims, D. M.: Treatment of vesicovaginal fistula, Am. J. M. Sc. 23: 59, 1852.
6. Te Linde, R.: Discussion of vesicovaginal fistula: Principle of closure, Amer. J. Obstet. Gynec. 84: 1220, 1962.