

VEZİKO VAGİNAL FİSTÜLLER

Dr. M. Akif GÖKÇEOĞLU (x)
Dr. Kemal EYİCEOĞLU(xx)
Dr. Tahsin GÜMÜŞBURUN (xxx)

ÖZET

1980-1986 yılları arasında kliniğimizde yapılan 6 veziko vagina fistül operasyonu gözden geçirildi , hiçbiri kliniğimizde meydana gelmemiştir, hepside tam bir şifa ile tedavi edildi. Fistüllerden bir tanesi tranrabdöminal, 5 tanesinde transvaginall yolla tamir edildi.

Bu çalışmada konu ile ilgili literatür taranarak veziko vaginal fistüllerin tanı ve tedavi prensipleri gözden geçirildi, uygun şartlar sağlandığında başarı oranının çok yüksek olacağı sonucuna varıldı.

ANAHTAR KELİME VEZİKO VAGİNAL FİSTÜL.

GİRİŞ

Fistül problemi antik çağdan beri anlatılmaktadır. Fistüller hakkındaki ilk literatür bilgileri 4000 yıl evveline kadar gider (3).

Veziko vaginal fistüller kadında; Psikik bozukluklar, sosyal hayatta gerilik ve cinsel yaşantısında büyük bir eksiklik meydana getirir. Bir an önce tamir edilmesi son derece önem taşımaktadır.

Veziko vaginal fistüllerin ilk başarılı transvaginall operasyon tekniğini John Marion Sims anlatmıştır ve burdan sonra pek çok başarılı operasyon teknikleri geliştirilmiştir (6).

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Yard. Doç. Dr.

(xxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Ocak 1980-Ocak 1986 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Ana Bilim Dalı Kliniğinde tedavi olan 6 adet veziko vaginal fistül vakası üzerinde yapılmıştır.

Vakaların tümünde ilk olarak vagen içine rulo tampon konduktan sonra mesaneye metilen mavisi verilerek fistülün vaginada ki seviyesi belirlendi ayrıca tüm vakalara Üroloji kliniğinden konsültasyon istenerek sistoskopi yaptırıldı, İVP çektiirildi, hastalara 10 gün Konjuge Östrojen (Premarin) 5 mgr/ gün oral verildi, idrar kültürleri alındıktan sonra üriner antiseptik ve kültür sonucuna göre uygun antibiotik tatbik edildi, transüretal sonra konu. Hastalardan birine Transabdominal ekstrapéritoneal intravezikal, diğer beşinede transvaginal yaklaşımda bulunuldu. Postoperatif uygun antibiotik, konjuge östrojen ve gerekli süre kadar transüretal devamlı sonda tatbik edildi.

Tüm hastalarımızın postoperatif bakımları olağan seyretti, hepsi bir ay sonra kontrole çağrıldı.

BULGULAR

Veziko vaginal fistül olgularımızın etyolojik faktörlere göre sınıflandırılması Tablo 1 de gösterilmiştir.

TABLO 1: Veziko vaginal fistüllerde etyolojik ayırım.

Obstetrik	2	% 33
Jinekolojik	3	% 50
Diğer Nedenler	1	% 17

Vakalarımızın obstetrik nedenli olanlarının yaşları 18 ve 26 dır, doğurganlık çağındadırlar. Jinekolojik operasyon sonrası görülenler ise 40 yaşından yukarıdır, menopozal dönemde dirler. Diğer nedenler içinde gösterdiğimiz hastamız ise 65 yaşındadır bu hastamızda önce sistosel olmuş buna sekonder veziko vaginal fistül gelişmiştir.

Hastalarımıza uygulanan operasyon tipleri tablo 11 de gösterilmiştir.

TABLO II: Fistüllere uygulanan operasyon tipleri

Basit veziko vaginal fistül tamiri	3
Colp. Ant. + Basit veziko vaginal fistül tamiri	1
Ekstra peritoneal, intravezikal fistül tamiri	1
Latzko operasyonu	1

Fistül olgularımızın tamir zamanı 3 ay ile 2,5 yıl arasında değişmektedir. Bunlarla ilgili tablo III aşağıda gösterilmiştir.

TABLO III: Fistül olgularımızın tamir zamanı

OLGUNO :	TAMİR ZAMANI
1.	4. Ay
2.	3. Ay
3.	8. Ay
4.	4. Ay
4.	2.5 Yıl
6.	3. Ay

Tüm hastalarımıza postoperatif transüretal sonda uyguladık en az 11 en çok 21 gün sondalar kaldı, ortalama kalma süresi 16 gün idi.

Hastalarımızın hepsinden idrar kültürü aldık ve antibiyogram yaptırarak Hepsinde Echeria coli ve Enterokoklar üredi. Bunlar aminoglikozitlere hassastı.

Fistül olgularımızın obstetrik nedenli olanlarından Forseps tatbik edilende 3 gün sonra Vakum Ekstraktor tatbik edilende ise 40 gün sonra fistül görülmüştür. Total abdominal histerektomi sanrası meydana gelen fistüllerimiz ise 8-10 gün sonra semptom vermiştir.

TARTIŞMA

Kadın için maddi manevi büyük problemlere neden olan veziko vaginal fistüllerin Etyolojisi:

1. Obstetrik travmalar,
2. Operatif müdahaleler,
3. Servikal malinensinin yayılması ve radyasyon tedavisi,
4. Çeşitli nedenler sonucu meydana gelenler olarak sınıflandırılabilir (2,4,6).

25-30 yıl öncesine kadar obstetrik nedenli veziko vaginal fistüller büyük bir yer tutmaktaydı. Günümüzde antibiotik çağının başlaması, kan muhafaza tekniğinin ilerlemesi ve anesteziye ileri segment sezaryen doğumu emniyetli bir işlem haline getirdi. Uzamış travay esnasında basınç nekrozları ile neticelenen mesane yırtığı komplikasyonları, forseps ve vakum uygulanmasındaki teknik hatalar sonucu oluşan mesane vagina yaralanmaları bu sayede minime indi (3). Elektronik monitorun daha çok fetal asfiksi tanısı koydurması., kli-

niklerde sezaryen endikasyonu koyan ekibin değişerek genç ve geniş endikasyon kriterleriyle çalışan kişiler olması etyolojisinde obstetrik travma olan veziko vaginal fistüllerin azalmasına sebep olmuştur (1).

Mayo klinikte Symmonds ve Ark. (5) tarafından tedavi edilen 800 veziko vaginal fistülün % 85'i jinekolojik pelvik operasyon, % 5'i obstetrik yaralanma ve % 10'uda radyasyon terapisinden sonra meydana gelmiştir. Iowa Üniversitesinde Keettel ve Ark. (3) tarafından yapılan bir çalışmada ise jinekolojik cerrahi % 76.6, Obstetrik travma ise % 15 olarak rapor edilmiştir. Bizim kliniğimizde tamir edilen veziko vaginal fistüllerinse % 50 si jinekolojik cerrahi, % 33 ü ise Obstetrik travmadandır. Kliniğimizde servikal malinensi ve radyasyona bağlı olarak meydana gelen fistül tamiri yapılmamıştır.

Veziko vaginal fistüller yüksekte, vagen ön duvar orta bölgesinde , mesane boynu ve üst üretrada olmak üzere lokalize olurlar. Radyasyon ve total histerektomi sonucu oluşan fistüller genellikle yüksektedir. Obstetrik nedenli fistüller ise vagen ön duvar ortasında ve mesane boynu ile üst üretrada lokalize olurlar (4). Bizim fistüllerimizin yerleşim yerleri literatürle uygunluk gösteriyordu.

Veziko vaginal fistüllere genel olarak literatürde vaginal yaklaşım önerilmektedir (4,5,6). Fakat ureter orifislerine çok yakın olan fistüllerde abdominal transvezikal yaklaşım da uygundur (6). Bizimde bir vakamızda yaptığımız sistoskopi sonucu fistül ağzı sağ ureter orifisine çok yakın olduğundan ekstrapéritoneal intravezikal yaklaşımdan faydalandık.

Fistüllerin görülme zamanı etyolojik faktöre göre değişir. Obstetrik nedenli fistüllerde bu zaman dokunun önemine, infeksiyonuna, vaskülarizasyonuna ve travmanın derecesine bağlı olarak bir kaç günden bir aya kadar değişebilmektedir. Jinekolojik operasyonlardan sonra ise genellikle ilk 10 günde görülmektedir en geç postoperatif 30. günde görülür (3,5,6). Geç fistüller radyasyona bağlı olarak meydana gelirler. Bunlar 30 . gün ile 25 yıl arasında oluşurlar, bu gecikmeye neden radyasyonla dokuların değişik derecede travmaya uğramasıdır (6). Bizim fistüllerimizde de meydana gelme süresi literatürle uygunluk göstermektedir. Bir fistülümüz sistosele bağlı olarak vagen ön duvarının sürütünme ile travmatize olmasından meydana gelmiştir bunda da fistülü kolaylaştıran faktörü östrojen eksikliği olarak düşündük. Bu hastamız ve diğer fistül vakalarımızda pre ve postoperatif konjuge östrojen (Premarin) günde 5 mgr. uyguladık literatürde de bu tedavi önerilmektedir (2,3,5,6).

Kanser ve radyasyon terapisinin etyolojik neden olmadığı fistüllerin tamiri genellikle 3-6 ay içinde önerilmektedir. Bu süre içinde fistül ağzının etrafındaki ödem ve infeksiyon kaybolmakta vaskülarizasyon artmaktadır (2,3,4,5). Radyasyon fistüllerinde ise tamir 1-3 yıl arasında önerilmektedir (2,5). Bizim tamir

ettiğimiz fistüllerin en yenisi 3 ay en eskisi ise 2.5 yıllıktı hastalar literatürde tavsiye edilen sürelerle uygun beklediğinden bunun fistül tamirlerindeki başarı-
mızı etkileyen bir faktör olduğuna inanıyoruz.

Başarılı bir fistül tamiri yapmak için geniş bir doku mobilizasyonu yap-
malı, skar dokusunun eksizyonu sağlanmalı, vagen ve mesane dokusu kapatı-
lırken gerginlik meydana getirmemeye çalışmalı, sütür yerleştirirken sekiz sü-
tür veya purse string sütürden faydalanmalı, 3-0 veya 4-0 emilebilir katgüt kullan-
malı ayrıca postoperatif tam bir mesane drenajı en az 10 gün uygulanmalı, tam
bir hemaostasis, ölü sahanın ortadan kaldırılması ve minimal doku nekrozu te-
min edilmelidir (2,5).

Veziko vaginal fistül tamirinde çeşitli teknikler kullanılmaktadır Trans-
abdominal olanlar Ekstraperitoneal intravezikal yöntem ile İntraperitoneal
ekstravezikal yöntemlerdir (2,4). Transvaginal yaklaşımda ise öncelikle fistül
sahası uzak, yaklaşım zorsa bir Schuchardt insizyonu açılır, vagen ve mesane
dokuları ayrı ayrı serbestleştirilerek herbiri tek tek kapatılır. Çok yüksekteki
fistüllere Latzko operasyonu, diğerlerinde basit veziko vaginal fistül operasyonu
uygulanır (4).

SONUÇ

Daha önce leri başarı oranı düşük olan vezika vaginal fistüllerde bugün
başarı oranı son derece yükselmiştir. Keettel ve ark. (3). 157 veziko vaginal fistül
tamir ettikleri bir seride başarı oranı % 94.3 dür. Bizim 6 vakalık serimizde de
vakaların tümü şifa ile sonuçlanmıştır. Uygun cerrahi tekniklere dikkat edilip,
pre ve postoperatif yeterli bakım sağlanacak olursa son derece yüz güldürücü
neticeler alınacaktır. Obstetrik travmaya bağlı veziko fistül tamiri yapılanlara
bir daha gebe kaldıklarında vaginal doğum yapmamaları gerektiğini söylemek
yerinde bir davranış olur.

VESİCO VAGİNAL FİSTULAS

SUMMARY :

Six Vesico vaginal fistulas were viewweld in our clinics, which were operated
on between 1980 and 1986. None of them ocured in our clinics. All were cured
with complete remedy. Of the fiskulas, one was repaired
transabdominally, and the remainder transvaginally,

On the basis of previous studies, the subject was interviewed with respect
to diagnosis and treatment of vesico vaginal fistulas, It was concluded that the
success could be high in treatment in proper conditions.

KAYNAKLAR

- 1- Durmuş Z., Ekmekci S., Orbay G., Sayılğan A.: Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesinde 1985 yılında yapılan sezaryenlerin analizi. Kadın Doğum Dergisi 1986, 3, 119-122.
- 2- Kazancıgil A., Onarır R., Saydam o. : Jinekolojik cerrahi Atlası. Hilal matbaacılık, İstanbul 1982.
- 3- Keettel W.C., Schring F.G., De Prosse C.A., Scott J. R.: Surgical management of urethrovaginal and vesicovaginal fistulas. Am. J. Obs. Gynecol., 1978, 131: 425-431.
- 4- Mattingly R.F., Thompson J.D.: Te Linde's Operative Gynecology 1985, 27: 637-667.
- 5- Symmonds R.E.: İncontinence: Vesical and Urettiral fistulas. Clinical Obstet. and Gynecol., 1984 Vol. 2; 27: 499-514.
- 6- Weed J.C., Geary V.L.: Vaginal Urinary fistulas and Rectovaginal fistulas. Sierra, Gynecology and Obstetrics. 1985. Vol 1; 75: 1-23.