

# Vezikovajinal fistül deneyimlerimiz

Giray KARALEZLİ, Talat YURDAKUL, Kadir KARABACAK, Recai GÜRBÜZ

Ali ACAR, Alaaddin SELÇUK, Mehmet ARSLAN, Mehmet KILINÇ

S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı, KONYA

## ÖZET

1983-1998 yılları arasında kliniğimizde tedavi edilen vezikovajinal fistül olguları retrospektif olarak değerlendirildi. Etiyolojik nedenler ve tedavi yaklaşımları tartışıldı. Olguların etyolojik olarak, % 70.6 'sı jinekolojik, % 29.4'ü obstetrik nedenlere bağlı idi. 3 olgu elektrokoagülasyon, 11 olgu transabdominal-transvezikal, 3 olguda transvajinal yaklaşımla tedavi edildi. İlk girişimler değerlendirildiğinde elektrokoagülasyonda % 66.6 (2/3), transabdominal-transvezikal yaklaşımda % 72.7 (8/11), transvajinal yaklaşımda % 100 (3/3) başarı elde edildi. Transabdominal-transvezikal yaklaşımla başarısız olunan 3 olguda aynı yöntemle yapılan ikinci girişimde başarılı olundu. Sonuçların değerlendirilmesinde morbiditenin azlığı, minimal kan kaybı, sahaya hakimiyet, hastanede kalış süresinin kısalığı ve birlikte olan stress inkontinans'ın düzeltilebilmesi gibi nedenlerle olgu sayımızın az olmasına rağmen transvajinal yaklaşımın tedavide ilk tercih edilmesi gereken yöntem olduğu düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Vezikovajinal fistül, elektrokoagülasyon, tedavi

## SUMMARY

### Our vesicovaginal fistula experiences

Vesicovaginal fistula cases treated in our clinic between 1983-1998 has been evaluated retrospectively. Etiologic causes and approaches to treatment have been discussed. 70.6 % of the cases were caused by gynecologic reasons whereas the remaining 29.4 % were due to obstetric reasons. Three cases treated by electrocoagulation, eleven cases by transabdominal-transvesical approach and another three by transvaginal approach. After evaluation of the results, 66.6% (2/3) success rate has been reached with electrocoagulation while this rate was 100% (3/3) at transvaginal methods and 72.7% (8/11) with transabdominal-transvesical approach. Three cases which failed at the first application of transabdominal-transvesical method ended up with recovery after the second treatment with the same method. Although the number of cases are not enough to give a solid decision, we concluded that the transvaginal approach may be preferred as a first method in vesicovaginal fistula by considering the lesser amount of morbidity, minimum blood loss, easiness of operation and control over the operated area, shorter hospital stay and simultaneous treatment of stress incontinence.

**Key Words:** Vesicovaginal fistula, electrocoagulation, treatment

Vezikovajinal fistül, kadın ürogenital fistülleri içerisinde en sık görülenidir. Ürogenital fistülün etyolojik nedenleri ülkelere ve bölgelere göre değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde jinekolojik cerrahi girişimler ilk sırayı alırken, yüksek doğum oranına sahip olan gelişmekte olan ülkelerde, uzamış ve zor

doğum gibi obstetrik nedenler ilk sırayı almaktadır (1-4). Konservatif yaklaşımlar kesin tedavi için ümit verici olmadığından hasta ve hekim açısından oldukça sıkıntılı bir durumdur. Hastaların çoğu genellikle cerrahi yaklaşıma maruz kalırlar. Vajinal yada abdominal girişim tercih edilebilir, bu tercih

Haberleşme Adresi: **Doç. Dr. Giray KARALEZLİ**, S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı, Beyşehir yolu 42080 KONYA



cerrahın deneyimine bağlıdır. Vezikovajinal fistüllerde erken yada geç müdahalelerin de tartışmalı olduğu görülmektedir (5).

Biz kliniğimizde son 15 yıl içerisinde tedavi edilen 17 vezikovajinal fistül olgusunu retrospektif olarak etyolojik nedenler ve tedavi sonuçları açısından değerlendirdik.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1983-Eylül 1998 tarihleri arasında vezikovajinal fistül tanısıyla 17 hasta tetkik ve tedavi edildi. Hastaların yaşları 23 ila 65 (ortalama 41.2) idi. Tüm hastaların ayrıntılı öyküleri alındı, fizik muayeneleri yapıldı, idrar mikroskopisi ve idrar kültürü değerlendirildi, vajinal enspeksiyon ve endoskopik incelemeler yapıldı. İntravenöz piyelografi (IVP) çekildi, bir hastada üreterovajinal fistül birlikteliği nedeniyle 3'lü boya testi yapıldı. Yapılan sistoüretroskopi ile fistül sayıları, yerleri ve çapları belirlendi.

Fistül çapı küçük ve tek fistül olan 3 olguda transvajinal elektrokoagülasyon uygulandı. 11 olgu transabdominal-transvezikal cerrahi yaklaşımla, 3 olgu da transvajinal yaklaşımla tedavi edildi. Transabdominal-transvezikal yaklaşımda mesane açıldıktan sonra fistül traktı çepeçevre eksize edildi, tabakalar arasına omentum getirilip ayrı ayrı kapatıldı. Transvajinal yaklaşımda vajen ön duvarına insizyon yapılarak fistül traktı çevresi insize edildi, tabakalar diseksiyonla ayrıldı, vajen ön duvarında asimmetrik bir flep meydana getirilerek fistül traktı ve perivezikal fasya suture edildi. Asimetrik flep öne kaydırılarak vajen ön duvarı suture edildi. Üreterovajinal fistül birlikteliği olan 1 hastaya da fistül onarımı ile birlikte üreteroneosistostomi ve psoas hitch yöntemi uygulandı. Transabdominal-transvezikal yaklaşımlarda 3 hafta, elektrokoagülasyon ve transvajinal yaklaşımlarda da 2 hafta süre üretral kateter ile mesane drenajı uygulandı. Üretral kateter alındıktan sonra vajinal idrar kaçağının devam etmesi başarısızlık kriteri olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Fistül oluşumuna neden olan operasyondan sonra başvuru süresi ortalama 8.5 ay (3-32) idi. Olguların hiçbirisi vezikovajinal fistül nedeniyle müdahale edil-

memişti. Olguların 10 'unda (% 58.8) üriner enfeksiyon saptandı. Bu olgular uygun antibiyotik tedavisine alınıp idrarları steril olduktan sonra opere edildi. Etiyolojik olarak 6 olguda (% 35.3) transvajinal veya transabdominal histerektomi, 6 olguda (%35.3) sezeryan ve 5 olguda (%29.4) uzamış ve zor doğum mevcuttu (Tablo 1).

Tablo 1: Fistül nedenleri.

ETİYOLOJİ	n (%)
Transvajinal-transabdominal histerektomi	6 (35.2)
Sezeryan	6 (35.2)
Uzamış ve zor doğum	5 (29.4)
Toplam	17 (100.0)

Bir olgunun IVP' sinde orta derecede üreterohidronefroz ve üreter alt ucunda kıvrılma mevcuttu. Bu hastada yapılan boya testiyle aynı tarafta üreterovajinal fistül saptandı. Vajinal enspeksiyon ve sistoüretroskopi neticesinde 3 hastada 2 adet, 14 hastada 1 adet vezikovajinal fistül görüldü. Fistül çapları 3 ile 32 mm arasında değişmekteydi. En sık görülen fistül lokalizasyonu interüreterik bandın arkası idi (Tablo 2).

Tablo 2: Fistül lokalizasyonları.

Lokalizasyon	n	%
Trigon arkasında	9	45
Trigon ve mesane boynu	3	15
Sol orifis arkasında	3	15
Sağ orifis arkasında	4	20
Sağ üreter	1	5
Toplam	20	100

Tedaviler sonucunda elektrokoagülasyon yapılan 3 olgunun 2' sinde başarılı olunurken, başarısız olunan bir hasta, yer değiştirme nedeniyle takip edilemedi ve başarısız olarak kabul edildi. Transabdominal-transvajinal cerrahi yaklaşım uygulanan



11 hastanın 8'inde ilk girişimde başarılı olunurken (%79.3), diğer 3 olguda da ikinci girişimde başarılı oldu. Genel başarı % 94.1 olarak bulundu (Tablo 3). Hastanede kalış süresi 8 ile 26 gün olup ortalama 15 gündür.

## TARTIŞMA

Ürogenital fistüllerin etyolojik sebepleri ülkelerin gelişmişlikleri ve doğum oranları ile ilgili görünmektedir. Gelişmiş ülkelerde jinekolojik cerrahi,

uzlaşma yoktur. Erken onarımlarda % 86-100, % 88-94 başarı bildirilmektedir (5,13,14). Bazı yazarlar obstetrik nedenli fistüllerde doku iskemisi ve vajinal skarlaşma nedeniyle 3-6 ay beklemenin doku rejenerasyonu ve endurasyonun kaybolması açısından faydalı olduğunu bildirmektedirler (15-17).

Serimizde olguların başvuru süresi olaya neden olan işlemin olmasından itibaren en az 3 ay süre geçmiş olduğundan doğal olarak geç müdahale yöntemini benimsemiş olduk.

**Tablo 3 :** Vezikovajinal fistül onarımı sonuçları.

Yaklaşım	Birinci girişim			İkinci girişim		
	n	Başarı	(%)	n	Başarı	(%)
Transabdominal-transvezikal	11	(8/11)	7.27	3	(3/3)	100.0
Elektrokoagulasyon	3	(2/3)	66.6	-		
Transvajinal	3		100.0			
Toplam	17	(13/17)	79.3	17	(16/17)	94.1

özellikle histerektomi, ürogenital fistüllerin dolayısıyla vezikovajinal fistüllerin en sık görülen etyolojik sebebi olmaktadır. Bunu takiben ürolojik, gastrointestinal cerrahi, travma, radyoterapi gelmektedir. Az gelişmiş ülkelerde ise uzamış ve zor doğum gibi obstetrik nedenler etyolojik faktör olarak daha sık görülmektedir (4,6).

Obstetrik nedenler Ghana'da % 91.5 bulunmuştur (7). Kelly (8), İngiltere için, obstetrik nedenleri % 5, Etyopya için, % 97 bildirmiştir. Solok ve arkadaşlarının (9,10) çalışmalarında ülkemizde 1955-70 döneminde obstetrik nedenler % 65.8 iken, 1971-87 döneminde % 35 olarak saptanmıştır. Korkmaz ve arkadaşları (11) Diyarbakır için % 53.7, Aşçı ve arkadaşları (12) Samsun ve çevresi için % 21.7 obstetrik nedenler bildirmişlerdir. Bizim serimizde obstetrik nedenler % 29.4 bulunmuştur.

Vezikovajinal fistüllerin onarımında iki önemli tartışma konusu vardır. Yaklaşımın zamanı ve vajinal yada abdominal yaklaşımın tercihi (5). Literatürün incelenmesinde erken yada geç onarım arasında bir

Vezikovajinal fistüllerin tek ve küçük çaplı olanlarında erken saptanılması halinde uzun süreli mesane drenajı ile başarılı sonuçlar bildiren yayınlar vardır (18). Serimizde erken saptanan bir vezikovajinal fistül olmadığından böyle bir yaklaşımda bulunulmamıştır. Elektrokoagulasyonla tedavi edilen küçük boyutlu fistüllerde O'Conor (19) % 73 başarı bildirmiştir. Servisimizde 3 olgunun 2 (%66.6)'sinde elektrokoagulasyon ile başarılı sonuçlar alınmıştır.

Vezikovajinal fistüllerin açık cerrahi yaklaşımlarında abdominal, vajinal yaklaşımlar veya her ikisi birden uygulanmaktadır. Transvajinal yaklaşımların sahaya hakimiyet, mesane ve abdomenin açılmaması nedeniyle ameliyat sonrası sıkıntılarının azlığı, minimal kan kaybı, çok katlı kapama, birlikte olan stres inkontinansın düzeltilmesi, hastanede kalış süresinin kısalığı ve morbidite azlığı gibi önemli avantajları bulunmaktadır (4). Transabdominal veya abdomino-vajinal yaklaşımların ise özellikle üreterin reimplantasyonu gerektiğinde veya küçük mesane kapasitesi ile birlikte olan radyasyon



fistüllerinde, birden çok veya büyük çaplı fistül mevcudiyetinde ve üreteral fistüllerin birlikte olduğu durumlarda tercih edimesi önerilmektedir (4). Blaivas ve arkadaşları (19) fistül çevresindeki endurasyonun 2 cm' den büyük, fistülün lokalizasyonu veya vajinal yapı yaklaşıma uygun değilse, fistül üreteride kapsıyorsa veya hasta transvajinal yaklaşımı tercih etmiyorsa transabdominal yaklaşımın uygun olacağını, diğer olgularda morbiditenin azlığı nedeniyle transvajinal yaklaşımın gerektiğini bildirmektedirler (5). Ancak cerrahın eğitim ve deneyimi de ameliyatın seçiminde önemlidir.

Literatürde vezikovajinal fistül olgularında transabdominal-transvezikal yaklaşımda %75-%100, transvajinal yaklaşımda %70-%96 başarı oranı bildirilmektedir. Transabdominal transvezikal yakla-

şımda Persky ve Rabin (20) % 100, Gil-Vernet (21) %100, Udeh (22) % 86, Demirel ve arkadaşları (23) ilk girişimde % 88, ikinci girişimde % 94 başarı bildirirken transvajinal yaklaşımda Wang (14) % 94, Blaivas (5) % 96, Iselin (24) % 100 başarı oranı bildirmektedir.

Serimizde transabdominal-transvezikal yaklaşımla ilk girişimde % 72.7, ikinci girişimde % 100 başarı elde ettik. Transvajinal yaklaşımla 3 olgunun üçünde de başarılı sonuçlar aldık. Ancak olguların azlığı nedeniyle istatistiksel bir başarı oranı sunamasak da sonuçlarımız ümit vericidir. Daha önce belirtilen nedenler göz önünde tutularak transvajinal yaklaşımın öncelikle tercih edilebilir olduğu düşüncesindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. Drutz HP. Urinary fistulas. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16:911-20.
2. Gerber GS, Schoenberg HW. Female urinary tract fistulas. *J Urol* 1993; 149:229-32.
3. Staskin DR. Vesicovaginal fistulas. In: Glenn JF, Boyce HW, Graham SD editors *Urologic Surgery*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1991: 474-83.
4. Shlomo R, Nancy AL Saad J. Vesicovaginal fistula. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED editors *Campbell's Urology* 6th ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992: 2820-5.
5. Blaivas JG, Heritz DM, Romanzi LJ. Early versus late repair of vesicovajinal fistulas. Vaginal and abdominal approaches. *J Urol* 1995;153:1110-12.
6. Sharma SK, Madhusudnan P, Kumar A, Bapna BC. Vesicovaginal fistulas of uncommon etiology. *J Urol* 1987;137:280-83.
7. Danso KA, Martey JO, Wall LL, Elkins TE. The epidemiology of genitourinary fistulae in Kumasi, Ghana, 1997-1992. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dycfunct* 1996;7:117-20.
8. Kelly J. Vesicovaginal and rectovaginal fistulas (Abstr). *J Roy Soc Med* 1992; 85:257-9.
9. Solok V, Öner A, Kural AR, Talat Z, Gürtuğ A, Yalçın V. Kliniğimizde son 32 yıllık vezikovajinal fistül vakalarının değerlendirilmesi. *T Ürol Derg* 1990;16:163-6.
10. Solok V, Öner A, Kural AR. Kliniğimizde son 26 yıllık vezikovajinal fistül vakalarının değerlendirilmesi. *T Ürol Derg* 1981;4:235-40.
11. Korkmaz K, Bircan MK, Öztürk O, Şahin H. Vezikovajinal fistül. *Üroloji Bülteni* 1995;6:89-91.
12. Aşçı R, Sarıkaya Ş, Büyükalpelli R, Yılmaz AF, Yıldız S. Kadın ürogenital fistül onarımı deneyimlerimiz. *Üroloji Bülteni* 1998;9:36-40.
13. Woo HH, Rosario DJ, Chapple CR. The treatment of vesicovaginal fistulae. *Eur Urol* 1996;29:1-4.
14. Wang YU, Hadley HR. Non-delayed transvaginal repair of high lying vesicovaginal fistula. *J Urol* 1990; 144:34-7.
15. Arrawsmith SD. Genitourinary reconstruction in obstetric fistulas. *J Urol* 1994;152:403-7.
16. O'Connor VJ Jr. Review of experience with vesicovaginal fistula repair. *J Urol* 1980; 123:367-71.
17. Dupont MC, Raz S. Vaginal approach to vesicovaginal fistula repair. *Urology* 1996;48:7-10.
18. Davits RJ, Miranda SI. Conservative treatment of vesicovaginal fistulas by bladder drainage alone. *Br J Urol* 1991; 68:155-6.
19. Stovsky MD, Ignatoff JM, Blum MD. Use of electrocoagulation in the treatment of vesicovaginal fistulas. *J Urol* 1994;152:143-46.
20. Persky L, Rabin R. Experience with vesicovaginal fistulas. *Am J Surg* 1973;125:763-6.
21. Gil-Vernet JM, Gil-Vernet A, Campos JA. New surgical approach for treatment of complex vesicovaginal fistula. *J Urol* 1989; 141:513-5.
22. Udeh FN. Simple management of difficult vesicovaginal fistulae by the anterior transvesical approach. *Int Urol Nephrol* 1985; 17:159-61.
23. Demirel A, Polat O, Bayraktar Y, Gül O, Okyar G. Transvesical and transvaginal reparation in urinary vaginal fistulas. *Int Urol Nephrol* 1993; 25:439-42.
24. Iselin CE, Aslan P, Webster GD. Transvaginal repair of vesicovaginal fistulas after hysterectomy by vaginal cuff excision. *J Urol* 1998; 160:728-30.