TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt: 15, Sayı: 1, 119-125, 1989

VESİKO-UTERİN FİSTÜL

VESICO-UTERIN FISTULAE

ALTUĞ, F., TALAT, Z., YALÇIN, V.(*)

GİRİŞ

Mesanenin vajina uretra, serviks uteri, corpus uteri ve rectum ile yakın komşuluğu nedeniyle ortaya çıkan fistüller; 1- Utero-vesical, 2- Cervico-vesical, 3- Ureterovesical, 4- Vesico-vaginal, 5- Vesico-urethra-vaginal, 6- Urethro-vaginal, 7- Vesicorecto-vaginal, 8- Recto-vaginal olarak oluşabilirler. Bunların arasında en fazla görülen vesico-vaginal fistüllerdir (ki bu da daha çok obstetrical orijinlidir). En az görüleni ise vesico-uterin fistüllerdir (1, 2, 3, 4). Bu tip fistül vakalarında hasta hekime tanısıyla birlikte gelir. İdrar kaçırılması hepsinde varsa da semptomlar fistülün oluş yerine göre farklılık gösterir. Tek ve en önemli semptom idrarın istek dışı olarak devamlı vajinadan gelmesidir. Örneğin üretero-vaginal olanlarda idrar devamlı vaginadan gelmesine rağmen hasta normal miksiyonda yapabilir. Uretro-vaginal fistüllerde ise idrar miksiyon anında vagenden de gelir. Bazen de çok küçük olan vezico-vaginal fistüllerde ancak hastanın bazı pozisyonlarında idrar istem dışı kaçar, bu vakalar en çok stress enkontinansla karışan vakalardır. İstem dışı idrar kaçırmada fistülün oluşan yeri de çok önemlidir. Kollumdaki bir fistülle yan cidarda veya arka duvarda oluşan bir fistülün semptomu değişiktir (7, 8, 12). Bizim vakamızda olduğu gibi veziko-uterin fistüllerde ise yalnız istem dışı idrar kaçmakla kalmaz bazen de menstruel fazda hematüriler görülebilir. Ayrıyeten fistülün yerini tayin etmek, fistülün büyüklüğünü öğrenmek için değişik yeni metodlar vardır. Bazen de çok geniş ağızlı fistüllerde yalnızca vagenden yapılan tuşe bile yeterli olabilir. Bazen fistül olup olmadığı şüphe edilen vakalarda fistülün iyi görülemediği hallerde özel boyalı maddelerden yararlanılır (11).

1- Mesaneye metilen mavisi verilerek, vagenden gelmesi izlenir.

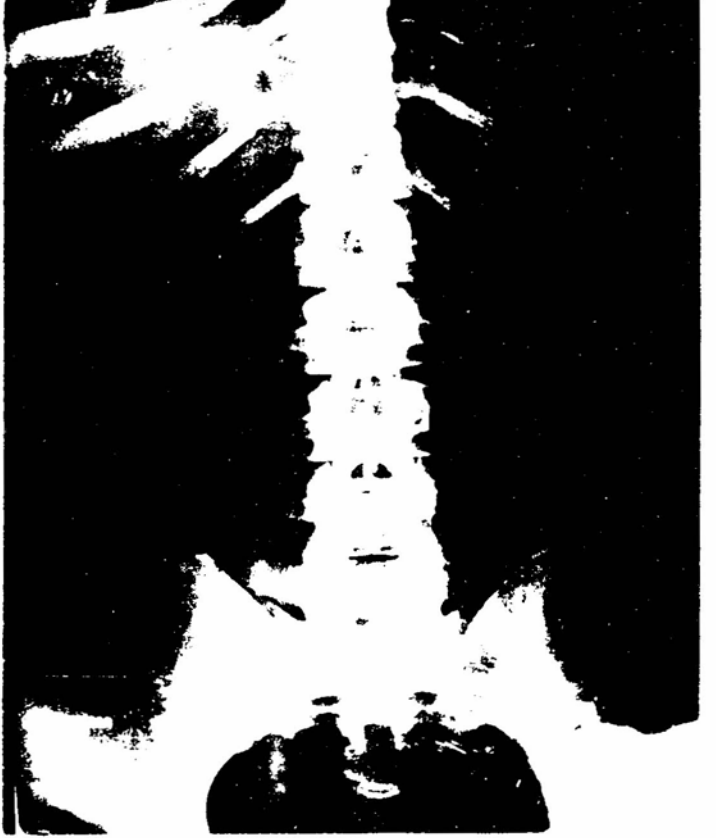
2- İ.V. indigo carmen ile 7 dakika sonra fistül tespit edildi.

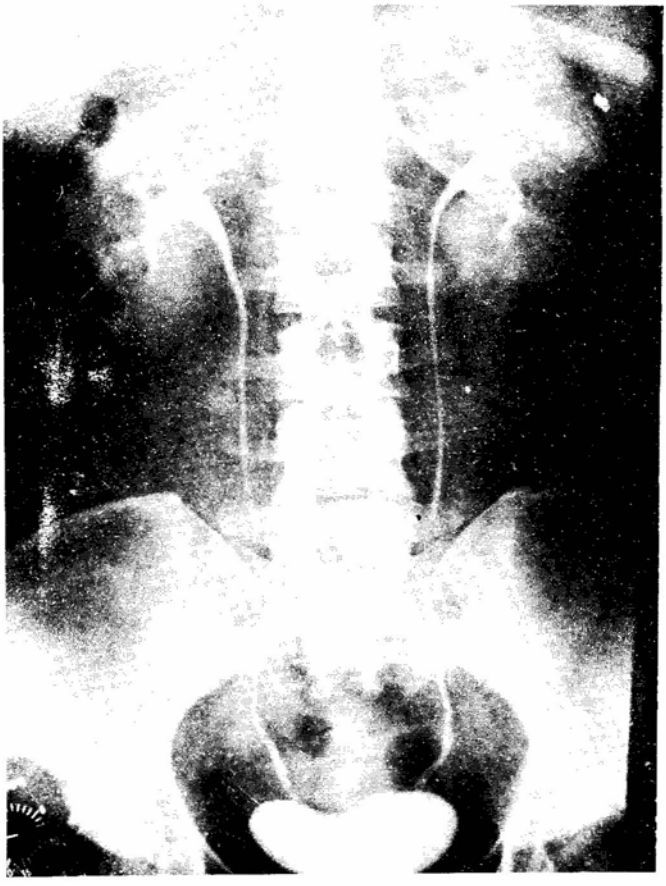
3- Sistoskopiden yararlanılır.

(*) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

OLGU

Vakamız. 35 yaşında bir ev kadını, 15 sene evvel yapılan sectio ameliyatından sonra istem dışı idrar kaçırma şikâyetleri başlamış, bununla beraber geceleri 3-4 kez idrara da çıkıvormuş, avrıyeten menstruel hematürileri de oluvormuş. hastava ilk aşamada yapılan enspeksivonla herhangi bir fistül ağzı saptanmadı, daha sonra boya testi yapılan hastanın vagene konan tamponu boyadığı görüldü. İlk etapta yapılan ürografik kontrolde D.U.S. de patolojik bir görüntü yoktu, her iki böbreğin normal ve zama-

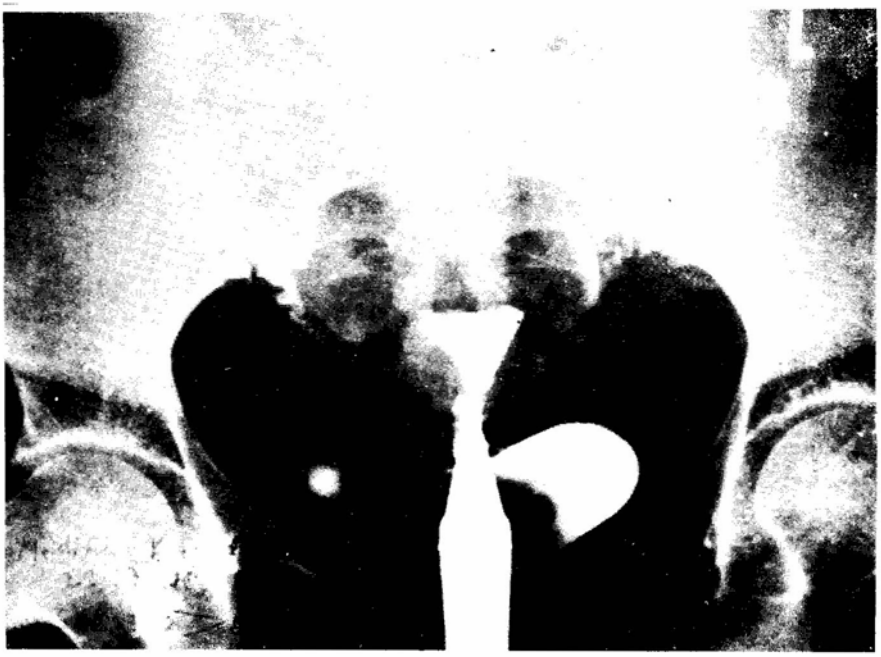




nında fonksiyon yaptığı görüldü. Mesanenin de normal olarak opak meddelerle dolduğu görüldü (Resim 1, 2, 3). Daha ileri tanı metodlarından olan sistoskopi yapıldı ve yaklaşık trigonun 4 cm. gerisinde orta hattın solunda 0.5 cm. çapında fistül ağzı görüldü. buraya 3 cm. kadar kateter sokuldu, verilen su vagenden geldi. Uterusun muhtemelen collum ile beraberliği olan 0.5 × 0.5 cm. büyüklüğündeki fistül ağzı saptandı, bu olası tanıyı saptamak amacıyla hastaya histerosalpengografi yapıldı ve uteris colluni'dan opak maddenin bir müddet sonra mesaneye geçtiği görüldü (Resim 4, 5) ve vesico-uterin fistül olduğuna karar verildi. Hastanın kliniğinde buna uyması (en önemlisi menstruel hematüri) neticesinde ameliyata karar verildi.

Yapılan sistem muayenelerinde patolojik bir özellik saptanmadı. Laboratuvar bulguları olarak sedimantasyon-normal değerlerde, idrar tahlili 30-40 lökosit 7-8 eritrosit, kan tahlili-lökosit 7000, eritrosit 3.500.000, kanama pıhtılaşma zamanı normal değerlerde idi

Urovison
40



Hasta 19.1.1988 tarihinde ameliyata alındı. Pfannenstiel şakla katlar anatomik sıraya uygun olarak açıldı, mesane ve uterus üzerindeki periton plisi yukarı doğru sıyrıldı, mesane ve uterus explore edildi. Mesane uterusa ait bölümün yapışık olduğu görüldü ve disseksiyonla bu kısım ayrıldı ve mesane sol arka cidar ile collum uterusu 3 cm. üstündeki fistül tespit edildi. Fistül mesane ve uterusla iştirakli idi, mesane fistül ağzı sağlam dokuya kadar rezeke edilerek repare edildi. Ayrıyeten uterusdaki fistül ağzı repare edildi ve mesaneye sonda kondu ve katlar anatomik sıraya göre kapatıldı. 24.1.1988'de şifa ile taburcu edildi.

İRDELEME

Üriner sistemle genital sistemin yakınlığı dolayısıyla çeşitli şekilde fistüller oluşmaktadır. Bunlar çoğunlukla doğum sonrası daha az olarak da ameliyat komplikasyonu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Daha evvelki yıllara oranla fistüllerin ve özellikle en sık görülen vesiko-vaginal fistüllerin bile günümüzde artık daha az görülmesi hastaların obstetriğe gerekli önemi göstermesi ve doğum hekimliğine sezeryan indikasyonlarının daha geniş tutulması ile oluşmuştur.

Sezeryan sırasında mesane travmalarının oluş nedenleri şöyle açıklanmaktadır:

1- Operasyondan önce mesanenin boşaltılmaması bir yanda gebelik döneminde büyümüş olan uterus, diğer yanda abdominal kaviteye yayılmış mesane uterusa müdahale için batına girerken kolaylıkla yaralanabilmektedir.

2- Mesanenin uterusa ait segmentinden yetersiz reddedilmesi.

3- Bir evvelki sezeryanda mesanenin yukarı asılması, sezeryan sırasında meydana gelen mesane defektleri genelde idrarın sızmasıyla da anlaşılır. Fark edilmeyen vakalarda mesane defektleri vakamızda olduğu gibi mesane ile uterus alt segmenti arasında oluşabilir (10, 11). Fistül vakalarında jinekologlarla, ürologların görüşü oldukça farklıdır. Cerrahi ürolojideki gelişme fistül tedavisinde vezikal yolun tercih edilmesine neden olmuştur (8, 12).

Özellikle bu vakalarda da cerrahi ürolojik gelişim fistülün preparasyonuna olanak sağlamıştır. Transvezikal extraperitoneal girişimde mesane arka duvarını peritondan ayırmak her vakada kolay olmayabilir. Bu durumda transvezikal transperitoneal metodla fistül mesirine varmak ve repare etmek uygun olur. Vakamızda disseksiyon oldukça kolay olduğundan bu metoda başvurulmadı. Ayrıyeten vaka primer olduğundan da disseksiyonda çok zorluğa rastlanmadı. Ürogenital fistüllerde fistülün kapatılması için en uygun zamanın ilk girişim olduğu Dorsey tarafından bildirilmiştir. Buna rağmen ilk girişimlerde netice alınamayan vakalar için bazen 5 defa bile girişimde bulunulduğu açıklanmıştır (6). Counsellar başarı kazanılan vakaların çoğuna 1-5 defa girişimde bulunulduğunu bildirmiştir (2). Jinekolglar fistül reperasyonunda trans-vaginal yolu daha çok denemişlerdir. Moir 136 vakada 134 başarı oranı bildirmişse de birden fazla girişimler için ve uterus collumuna yakın fistüller için transvezikal yolun en seçkin metod olduğu kanısındayız (9).

Bütün fistül reperasyonunda infeksiyondan kaçınmak, dokuların gerilmesine meydan vermemek, ölü dokuların çıkarılmasına özen göstermek, reperasyon sahasında hematom veya sekresyon olmamasına özen göstermek başarı oranını yükseltecektir. Fistül vakalarında başarı sağlamak için fistül lokalizasyonu ve fistülle beraber bulunan diğer lezyonların tanımı ve nekrotik kısımların temizlenmesi, enfeksiyonun kaybolması, fistül mesirinin tam organizasyonu için optimal bir zamanın geçmesi gereklidir ki bu zaman çoğu yazarın birleştiği gibi 10-12 haftalık bir süredir. Fakat bu genel kanının aksine olarak Cohn ve ark. enstrumental fistüllerin derhal sütürlerle kapatılmasının çok iyi neticeler verdiğini bildirmişlerdir. Delarue ve Coutin 3 vakaya derhal girişimde bulunmuşlar, başarılı netice almışlardır (5).

Bizim vakamızda 15 senelik gibi çok uzun bir süre geçmiştir. Bu kadar uzun müddet geçmesi fistülün preparasyonunda bir zorluk yaratmamıştır. Bu vakada olduğu gibi 15 sene olmamakla beraber gerekli bir zamanın geçmesi gerçekten de fistülün reperasyonunda faydalı olduğu kanısını uyandırmaktadır.

Cerrahi girişimler neticesinde başarıya ulaşamayan vakalarda palyatif tedavi uygulanmış, amaç hastayı devamlı istem dışı idrar kaçırmaktan kurtarmak ve psişik bunalımı önlemek, kişiyi cemiyet içinde normal yaşamına döndürmektir.

ÖZET

Vesico-uterin fistüller çok nadir görülen fistüllerdir. Daha çok operasyondan önce mesanenin iyi boşaltılmaması, uterustan iyi ayrılmaması ile meydana gelebilir.

Burada en önemli bulgu menstruel hematüridir. Tedavi belirli bir zaman sonra cerrahidir.

SUMMARY

The vesico-uterin fistulae are seen very seldom. Generally it occurs because of not emptying the bladder before the operation and not dissecting it well from the anterior the uterus.

The very important symptom is menstrual hematuria Treatment is surgical.

KAYNAKLAR

1. **Carter. B.. Palumbo. L.. Greadick. R.. Ross. R.A.:** Vesoco-vaginal fistulas. Surg. Gynec. and Obst.. 94: 709-711. 1952
2. **Counseller. C.S.. Haigler. Jr.F.H.:** Management of vaginal fistula in 253 cases. Am. J. Obst. Gynec.. 72: 367-376. 1956
3. **Couvelaire. R.:** Fistules vesico-genitales. Enc. Med. Chir.. 18238 E^{10}.
4. **Couvelaire. R.:** Reflexions an propos d'une statistique personnelle de 136 fistules vesico-vaginales. J d'Urol.. 59: 150-160. 1953
5. **Delaure. J.. Courtin. P.:** Lareperation immediate des fistules vesico-vaginales d'origine obstetrical Bul. de la Fed. des Sco. de Gyn. et Obst.. 5: 362-365. 1953.
6. **Dorsey. J.W.:** Repair of vesicovaginal fistula by transperitoneal. transvesical approch. J. of Urol.. 83: 404-408. 1960
7. **Günalp. İ.. Gerçel. R.:** Vesiko-vaginal fistüller. 1. Bilim Kong.. s. 44. Ankara. 1967
8. **Korkud. G.:** Üroloji. İsmail Akgün Matb.. 1965.
9. **Moir. C.:** The Vesico-vaginal fistula. 2. Edit. Baillhere Tindall and Cassell. London. 1967.
10. **Tözüm. R.:** Jinekolojide vesico-vaginal fistüller, şahsi görüş ve çalışmalarımız. Sucuoğlu Matb.. İstanbul. 1961.
11. **Solok. V.:** Vesico-vaginal fistüller ve Transvezikal (Transperitoneal veya Ekstroperitoneal) dilimleme metodu. Istanbul Matb.. 1968.