

## KLİNİĞİMİZDE SON 32 YILLIK VEZİKO-VAGİNAL FİSTÜL VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ(\*)

THE EVALUATION OF THE VESICOVAGINAL FISTULA CASES IN THE LAST 32 YEARS  
PERIOD IN OUR CLINIC

SOLOK, V., ÖNER, A., KURAL, A.R., TALAT, Z., GÜRTUĞ, A., YALÇIN, V.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

(\*) 9. Türk Üroloji Kongresi'nde Tebliğ Edilmiştir. Bodrum, 1987

### ÖZET

Ülkemizde sosyal açıdan büyük problemler yaratan vezikovaginal fistül vakalarının 32 yıllık istatistiki değerlendirilmesi yapılmıştır. Fistül nedenleri açısından ilk 16 yıl ile ikinci 16 yılın karşılaştırılması yapılmış, ameliyat teknikleri ve başarı oranları tartışılmıştır. İlk 16 yıl içerisinde obstetrik nedenler ön planda iken, ikinci 16 yılda cerrahi nedenler ön plana geçmiştir. Bu görünüm, gelişmiş ülkelerin istatistik değerine yaklaşıldığını göstermektedir.

### SUMMARY

Vesicovaginal fistulas still causing important problems socially in our country have been reviewed statistically for a period of last 32 years in our clinic. As far as the etiological factors in fistula formation are concerned a comparison between the first 16 years and second 16 years has been made. Surgical techniques and their success rates have been discussed. Obstetrical causes, although being the most important etiological factors in the first 16 years period have been replaced by the surgical causes. 16 years period are approximately the same with statistical figures of highly developed countries.

### GİRİŞ

Vezikovaginal fistüller, hekim ve hastayı da ima birtakım güçlüklerle karşı karşıya getiren, özellikle ülkemizde kadını sosyal açıdan mağdur duruma düşüren bir antite olarak karşımıza çıkmaktadır. Eskilerde çoğunlukla obstetrik nedenlerle oluşurken, günümüzde gelişmiş ülkelerde

cerrahi girişimlerin etyolojik sebepler arasında ön plana geçtiği bildirilmiştir. Ancak sosyoekonomik düzeyi düşük ve yaşama şartlarının bozuk olduğu ülkelerde obstetrik nedenler ön sırayı almaktadır.

### MATERYAL ve BULGULAR

Çalışmamızda, 1955-1987 yılları arasında kliniğimizde vezikovaginal fistül nedeniyle tedavi gören 99 vaka analiz edilmiştir.

Vakaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, % 87.7'sinin 21-50 yaşları arasında olduğu görülmektedir. Vakalarımızın en genci 10, en yaşlısı ise 61 yaşındadır. (Tablo 1)

Tablo 1:

Yaş Grupları	Sayı	Oran (%)
10-20	6	6,1
21-30	28	28,2
31-40	33	33,3
41-50	26	26,2
51-60	5	5,1
60 üstü	1	1,1

Tablo 11'de görüldüğü gibi, 16 yılda tedavi edilen 38 hastamızın 25'inde (% 65.8) obstetrik nedenler, 12'sinde (% 31.5) cerrahi girişimler ve 1'inde de travma nedeniyle fistül oluşmuştur. 1971-1987 yılları arasında tedavi edilen 61 hastamızın 22'sinde (% 36) obstetrik nedenler, 36'sında (% 60) cerrahi girişimler, 2'sinde (% 3.3) travma ve 1'inde (% 1.7) tümör nedeniyle fistül oluşmuştur.

Tablo 2

Fistül Sebepleri	1955-70		1971-87	
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)
Obstetrikal	25	65,8	22	35
Cerrahi	12	31,5	36	60
Travma	1	2,7	2	3,3
Tümör	-	-	1	1,7
Toplam	38	100	61	100

Tablo 3

Uygulanan Ameliyat Yöntemi	Uygulanan Vaka	Başarı (%)
Dilimleme Yöntemleri	30	% 87
Transvezikal fistül reperasyonu	44	% 80,6
Transvaginal fistül reperasyonu	8	% 50
Transvaginal - transvezikal fistül reperasyonu	7	% 71,3
Üreterosigmoidal anastomoz	25	% 96
Toplam	114	

## TARTIŞMA

Bilindiği gibi vezikovaginal fistüller, başlıca obstetrikal nedenler, cerrahi girişimler, radyasyon, enfeksiyon, travma ve tümör sonucu gelişebilmektedir. Eskiden ve halen geri kalmış ülkelerde obstetrikal nedenlerin ön planda olmasına karşın, gelişmiş ülkelerde cerrahi girişimler, etyolojik sebepler arasında ön sırayı almaktadır. Nitekim, Foda % 90 (Mısır), Werneck % 95,5 (Brezilya), Boldt % 95,9 (Habeşistan), Coetze % 80 (Güney Afrika), Thouvenot ve Marneff % 95 (Kuzey Afrika), Elkins ve arkadaşları % 100 (Gana, Batı Afrika) vakada fistülün obstetrikal nedenlerle oluştuğunu bildirmişlerdir. (2, 4, 8, 17, 18, 20, 22). Buna mukabil batılı ülkeler çok düşük oranlar vermişlerdir. Counseller bu oranı % 11,4, Everett ve Mattingly % 18,8, Weed % 6,6, Carter ve arkadaşları % 38,2, Moir % 30,9, Russel % 35, Couvelaire % 30,8 olarak bildirmişlerdir. (3, 5, 6, 7, 13, 15, 21). Ülkemizde buna benzer bir araştırma 1969 yılında Tözüm ve arkadaşları tarafından yapılmış ve % 82,1 vakada obstetrikal nedenlerin vezikovaginal fistüllere sebep olduğu saptanmıştır (19). Kliniğimizde ise, ilk 16 yıl içerisinde obstetrikal nedenler % 65,8 gibi bir oranı

kapsarken, son 16 yıl içerisinde bu oran % 35'e düşmüştür. Bu durum, gittikçe gelişmiş ülkelere yaklaşıldığının bir kanıtıdır. Nitekim ilk 16 yıl içerisinde vakaların % 31'5'inde etyolojik faktör cerrahi girişimler isen, son 16 yılda bu oran % 60'a yükselmiştir. Bu doğrultuda istatistiksel bir araştırma yapan Counseller % 88, Moir % 69,1, Lupu % 80, Russel % 48,6, Couvelaire % 60, Goodwin ve arkadaşları % 90,7, Hedlund ve arkadaşları % 72,7 oranında cerrahi girişimlerin vezikovaginal fistüllere sebep olduğu bildirmişlerdir. (5, 6, 9, 12, 13, 15, 23). Ülkemizde artık doğumların büyük çoğunlukla hekim kontrolü altında yapılması, jinekolojik ameliyatların yaygınlaşması ve sezeryan endikasyonlarının değişmesi, vezikovaginal fistül etyolojisinde obstetrikal nedenlerin azalması, cerrahi girişimlerin ön plana geçmesine yol açmıştır.

Uterus, serviks, vajen, mesane ve üretradaki tümörlerin vezikovaginal fistüllere neden olabileceği (10, 16, 18). Palumbo ve arkadaşları 368 servikal kanser vakasında, % 4,3 oranında vezikovaginal fistül geliştiğini ispatlamışlardır (14). Bizim vakalarımızın sadece 1'inde fistül, mesane tümörü nedeniyle oluşmuştur.

Sadece 2 vakamızda travma sonucu fistül oluşmuştur. Bunlardan biri delici alet yaralanması, biri brütal cinsel ilişki sonucu, diğeri de trafik kazası sonucu meydana gelmiştir. Yousef'e göre vezikovaginal fistüllerin sebebi % 1,7 oranında travmaya bağlıdır.

Vaka grubumuzda radyasyona bağlı fistüle rastlanmamıştır. Radyasyona bağlı fistüllerin görülme sıklığı Russel'a göre % 12, Carter'a göre % 12,7, Counseller'a göre % 5,5, Couvelaire % 8, Goodwin ve arkadaşlarına göre % 4,6 olarak saptanmıştır (3, 5, 6, 15, 23).

Çok eski yıllardan beri vezikovaginal fistüllerin tedavisinde çeşitli yöntemler uygulanmıştır. Bu tip fistüller, vakaların özelliklerine göre bazen cerrahi girişime gerek kalmaksızın ya kateter drenajı, ya da kateter drenajı ile birlikte elektrokoterizasyon yapılmak suretiyle kolayca tedavi edilebilmektedirler. Fakat çoğunlukla cerrahi girişim uygulama zorunluğu ortaya çıkmaktadır. Cerrahi yöntemler, kütatif ve palyatif olmak üzere iki ana grupta incelenebilir. Kütatif yöntemler içerisinde en çok uygulananlar, transvezikal veya transvaginal reparasyon, ya da her ikisinin kombinasyonu, intraperitoneal ve ekstraperitoneal transvezikal dilimleme yöntemidir. Ayrıca çeşitli flaplar kullanılarak yapılan reperasyonlar da uygulanmaktadır. Palyatif ameliyatlarda içerisinde üreterosigmoidal anastomoz, üreterokütaneostomi ve ileal kondüit gibi yöntemler kullanılmaktadır. Biz, kütatif yöntemler içerisinde, ekstraperitoneal ve intraperitoneal dilimleme yöntemleri ile transvezikal yolla yapılan fistül reparasyonu yöntemini tercih etmekteyiz. Transvezikal dilimleme yöntemi uyguladığımız 30 vakada (% 87), başarılı sonuç alınmıştır. Transvezikal fistül reparasyonu uygulanan 44 vakada (% 80,6) başarılı sonuç alınmıştır. Bu başarı oranlarından görülüyor ki, dilimleme yöntemleri ile daha iyi sonuçlar alınmaktadır. Mükerrer ameliyatlarda sonucu kapmayan geniş defektli fistüllerde, özellikle üretral sfinkterin düzenlemeyecek derecede bozulduğu vakalarda, üreterosigmoidal anastomozu tercih etmekteyiz. Bu anastomozları, Coffey ve Leadbetter tekniği ile yapmaktayız. Son 10 senedir Goodwin tekniği ile kliniğimizde gittikçe yerleşen bir anastomoz tekniği haline gelmiştir. Üreterosigmoidal anastomoz uyguladığımız 25 hastadan,

asidoz nedeni ile exitus olan 1'i dışında, % 96 başarılı sonuç alınmıştır.

Çalışmamızda da görülüyor ki, ilk 16 yılda vezikovaginal fistüllerin oluşmasında obstetrik nedenler ön planda iken, son 16 yıllık çalışmamızda cerrahi nedenler ön plana geçmektedir. Bu bulgular, ileri ülkelerin çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Sonuç olarak söylemek gerekirse, ne kadar fazla cerrahi yapılırsa, o kadar fazla fistül görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. **Bivens, M.D.:** Postirradiation vesicocervico vaginal. *Obst. and Gynec.* 9:89-98, 1957.
2. **Boldt, W.:** Behandlungsergebnisse geburthilflicher Blasen-Heidenfisteln in Addis-Abeba. *Zbl. Gynec.* 83:1129-1129, 1961.
3. **Carter, B., Palumbo, L., Greadick, R., Ross, R.A.:** Vesicovaginal fistulas. *Surg. Gynec. and Obst.* 94:709-711, 1952.
4. **Coetzee, T., Lithgow, D.M.:** Obstetric Fistulas of the urinary tract. *J. Obst. Gynec. Brit. Commonw.* 73:837-844, 1966.
5. **Counseller, V.S., Haigler, JRF, H.:** Management of the urinary vaginal fistula in 253 cases. *Am. J. Obst. Gynec.* 72:367-376, 1956.
6. **Couvelaire, R.:** Réflexions a propos d'une statistique personnelle de 136 fistules vésicovaginales. *J. d'Urol.* 59:150-160, 1953.
7. **Everett, H.S., Mattingly, R.F.:** Vesicovaginal fistula. *Am. J. Obst. and Gynec.* 72:712-724, 1956.
8. **Foda, M.S.:** Evaluation of methods of treatment of urinary fistula in women: report of 220 cases. *J. Obst. Gynec. Brit. Empire.* 66: 372-381, 1959.
9. **Hedlund, H., Lindstedt, E.:** Urovaginal fistulas: 20 years of experience with 45 cases. *J. of Urol. Vol. 137, May.* 926-927, 1987.
10. **Howkins, J.:** *Cancer, R.W., Raven Vol. IV,* page 246-252, 1958.
11. **Krishnan, R.C.:** A review of a series of 100 cases of vesicovaginal fistulae. *J. Obst. and Gynec. of the Brit. Empire.* 56:22-27, 1949.
12. **Lupu, A.:** Traitement des fistules vésico-vaginales par voie hypogastrique et décollement vésico-vaginale apres extraperitonisation de la vessie. *Urol. Int.* 8:38-44, 1959.
13. **Moir, C.:** Personal experiences in treatment of vesicovaginal fistulas. *Am. J. Obst. and Gynec.* 71:476-491, 1956.
14. **Palumbo, L., Talbert, L., Bonner, B.O., Bream, C.A., Ross, R.A.:** Review of urologic complications in cancer of cervix. *South M.J.* 53:134-144, 1960.
15. **Russel, C.S.:** Vesicovaginal fistulas and related matters. *Ch. Thomas Springfield, Vol. 1,* 1962.
16. **Solok, V.:** Vezikovaginal fistüller ve transvezikal dilimleme metodu. *İst. Matbaası,* 1968.

17. **Thomas, E.E., Drescher, C., Martey, J.O., Fort, D.:** Vesicocaginal fistula revisited. *Obst. and Gynec.* Vol. 72, No. 3, part 1, september: 307-311, 1988.
18. **Thouevenot, G., Marneff, M.:** Cure des vastes fistules vagino-urinaires par voie haute Intra-vesicale et retropubienne. *Gynec. et. Obst.* 56:34-51, 1957.
19. **Tözüm, R.:** Jinekolojide vezikovaginal fistüller. Şahsi görüş ve çalışmalarımız. Sucuoğlu Matbaası, İstanbul, 1961.
20. **Vincent, J.O.:** Review of experience with vesicovaginal fistula repair. *The J. of Urol.* Vol. 123, March: 367-369, 1980.
21. **Weed-J.C.:** Management of vesicovaginal fistula experience with 75 cases. *J. Obst. and Gynec.* 97:1071-1075, 1967.
22. **Werneck, J.E.F.:** Tratamento das fistulas uro genitais. *An. Brasil Ginec.* 15:207-225, 1950.
23. **Willard, E.G., Scardino, P.T.:** Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: A summary of 25 years of experience. *The J. of Urol.* Vol. 123, March: 370-374, 1980.
24. **Youssef, A.F.:** *Gynecological Urology-Ch.* Thomas pub. 1960.