

GEÇİKMİŞ ÜRETROVAJİNAL FİSTÜL OLGULARININ MARTİUS FLEP İLE ONARIMI

THE REPAIR OF DELAYED URETHROVAGINAL FISTULA CASES BY USING MARTIUS FLAP

ŞAHİN, H., BİRCAN, M.K., AKAY, A.F.

ÖZET

Nadir görülen bir patoloji olan üretrovajinal fistül onarımında kullanılan flep türlerinden biri Martius fleptir. Kasım 1994 ile Aralık 1996 yılları arasında kliniğimize çok geç olarak (ortalama 15.75 yıl) başvuran üretrovajinal fistüllü 4 hasta Martius flep kullanılarak onarılmıştır.

Operasyondan sonra, bir hastada tam olarak kontinans sağlanırken, birinde hafif derecede stres inkontinans mevcuttu. İki hastada ise üretrovajinal fistül operasyondan sonra da devam etmiştir.

Sonuçlarımıza göre, çok gecikmiş olarak başvuran üretrovajinal fistül olgularında Martius flep kullanılarak yapılan onarımın başarı oranı düşük bulunmuştur.

ABSTRACT

One of the techniques used in urethrovaginal fistula which is seen quite seldom is the Martius flap.

Four patients with urethrovaginal fistula whose have a long history (average 15.75 years) applied to our department between November 1994 and December 1996, and all of them repaired by using the Martius flap.

After the repair, one of the patients was completely continent, while one of the patients had mild degree of stress incontinence. Urethrovaginal fistula continued in two patients after the repair.

We established that the success rate of urethrovaginal fistula repair with Martius flap is low in quite delayed urethrovaginal fistula cases.

ANAHTAR KELİMELEER: Üretrovajinal Fistül, Martius Flep, Onarım.

KEY WORDS: Urethrovaginal fistula, Martius Flap, Repair.

GİRİŞ

Üretrovajinal fistül; pelvis fraktürü, obstetrik yada pelvik cerrahi operasyonlara sekonder olarak gelişebilir.¹ Üretral yaralanma erken dönemde fark edilirse primer onarım gereklidir. Farkedilmeyen olgularda fistül onarımı için üç ay beklenmesi önerilir. Özellikle fistül bölgesinde kanlanmanın bozulduğu durumlarda primer onarım mümkün olmayabilir. Böylesi zor onarımlarda bir flep kullanımı zorunlu olmaktadır.^{2,3,4} Martius, ilk olarak 1928'de kompleks vajinal onarıma destek olacak labial dokudan bir flep tanımlamıştır.⁵ Martius flep o zamandan beri üretrovajinal fistül onarımlarının yanı sıra komplike vezikovajinal yada rektovajinal fistül onarımlarında da kullanılmaktadır.²

Biz bu çalışmamızda; tümü vajinal zor doğum sonrası gelişmiş ve çok uzun süredir üretrovajinal fistülü bulunan hastalarda kullandığımız Martius fleple fistül onarımı sonuçlarımızı değerlendirdik.

YÖNTEM VE GEREÇ

Kasım 1994 ile Aralık 1996 tarihleri arasında spontan idrar yapamama ve sürekli idrar kaçırama yakınmalarıyla başvuran 4 kadın hastaya yapılan muayene sonucunda üretrovajinal fistül tanısı konmuştur. Üretrovajinal fistül tanısı, vajinal muayene ve üretrosistopkopi yapılarak konulmuş olup üst üriner sistemi kontrol etmek amacıyla tüm olgulara intravenöz ürografi uygulanmıştır. Üriner enfeksiyon tesbit edilen hastalarda idrar kültürü ve antibiyogram sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisi, üriner enfeksiyon tesbit edilmeyen olgularda ise operasyonda önce Seftriakson 1 g/gün İV başlanmıştır. Tüm olgularda operasyon öncesi dönemde jinekolojik muayene yapılarak malign bir hastalık olup olmadığı araştırılmıştır. Hastaların hiçbirinde jinekolojik malign patoloji tesbit edilmemiştir ve bunlara vajinal atrofisinin dü-

zeltilmesi amacıyla intravajinal östrojen (Ovestin vajinal ovul 0.5 mg, günde bir kez) 15 gün süreyle uygulanmıştır. Operasyondan önceki gece povidone-iodine ile oturma banyosu yapılmıştır.

Operasyon tekniği: Tüm olgularda operasyon genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda ve transvajinal yolla uygulanmıştır. Vajen duvarına uygulanan ters U insizyonundan sonra fistül traktı eksize edilmiş, uretra ve vajen mukazaları künt ve keskin diseksiyonlarla ayrılmıştır. Üretral yolla 18 F Foley kateter yerleştirildikten sonra balon 30 cc şişirilerek mesane boynuna traksiyon uygulanmış ve mesane izotonik solüsyonla doldurulduktan sonra perkütan sistostomi uygulanmıştır (15 F Cystofix, Braun). Üretra mukozası ve periüretral dokular 4/0 vikril ile kontinü olarak ayrı ayrı sütüre edilmiştir. Labium majus'a yapılan vertikal insizyondan sonra yeterli uzunlukta pediküllü Martius flep elde edildikten sonra vajen mukozası altından hazırlanan tünelden fistül bölgesine getirilmiş ve uretra ile vajen arasına 4/0 krome katgütle tesbit edilmiştir. Daha sonra vajen mukozası 4/0 vikril ile tek tek sütürlerle kapatılmış ve vajen içine povidone-iodine'li tampon yerleştirilmiştir. Labium majustaki kesi ise bir adet penroz dren konularak iki kat olarak 4/0 krome katgüt ile kapatılmıştır. Foley kateter uretraya traksiyon yapmayacak şekilde suprapubik bölgeye tesbit edilmiştir.

Vajinal tampon ve penroz dren post-operatif birinci günde alınmış, 7. günde uretral kateter çekilmiştir. Post-operatif 21. günde sistostomi klemlenerek miksiyon gözlenmiş, miksiyonu normal olan ve/veya rezidü idrarı kalmayan hastaların sistostomisi çekilmiştir.

BULGULAR

Hastalarımıza ait bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hastalarımıza ait bilgiler ve elde ettiğimiz sonuçlar

No	Adı Soyadı	Yaş	Neden	Fistül süresi (Yıl)	Önceki onarımlar	Fistül sonrası doğum sayısı	Operasyondan sonra geçen süre (Ay)	Sonuç
1	N.Ö	31	V.Z.D.*	3	-	-	27	Erken dönemde nüks
2	A.C.	38	V.Z.D.* (Ölü)	20	-	3	16	Kontinan
3	M.S.	49	V.Z.D.* (İkiz)	25	-	8	6	Stres inkontinans
4	T.M.	39	V.Z.D.*	15	Transabdominal (15 yıl önce)	5	5	Erken dönemde nüks

* V.Z.D.: Vajinal Zor Doğum

Hastaların ortalama yaşı 38.25 (31-45 yaş) yılıdır. Üretrovajinal fistül olguların tümünde vajinal zor doğum sonucu gelişmiştir. İki nolu olguda ölü doğum, üç nolu olguda ikiz doğum mevcuttur. Fistül gelişimi ile bize başvurmaları arasında geçen süre ortalama 15.75 yıl (3-25 yıl) dir. Bir hasta dışında (4 nolu hasta) hepsi primerdir ve fistüller proksimal üretra seviyesindedir. Dört nolu hastanın anamnezinde fistül gelişiminden 3 ay sonra transabdominal yolla fistül onarımı yapıldığı ancak başarılı olunamadığı anlaşılmıştır. bu hasta daha sonra ekonomik nedenlerle fistül yakınması için hekime başvurmamıştır. Aynı şekilde 1 ve 2 nolu hastalarımızda ekonomik nedenlerle fistül gelişimi sonrası hekime başvurmadıkları anlaşılmıştır. İlginç olarak 25 yıl önce ikiz doğumdan sonra fistül gelişen 3 nolu hastamızın opere olursa bir daha çocuğu olmayacağı düşüncesiyle hekime başvurmadığı anlaşılmıştır. Bundan sonra hasta 8 doğum daha yapmış ve menopoz geliştikten sonra opere olmaya karar vererek kliniğimize başvurmuştur. Fistül gelişimi sonrasında hastalarımız vajinal yolla ortalama 4 doğum (0-8) daha yapmışlardır.

Yaptığımız operasyon sonrasında 1 ve 4 nolu hastalarda fistül erken dönemde yinelemiştir. Bir nolu hasta daha sonra ikinci operasyonu kabul etmemiş ve takipten çıkmıştır. Dört nolu hasta ise post-operatif beşinci ayda olup post-operatif üçüncü ayda reoperasyon planlanmış olmasına karşın kontrole gelmemiştir. İki nolu hasta post-operatif 16. ayda olup miksiyonu normaldir. Üç nolu hasta post-operatif 6. ayda olup geceleri tamamen kuruluk sağlanmasına karşın stres inkontinansı mevcuttur. Bu hastaya Kegel egzersizi yapması öğretilmiş ve imipramin (oral olarak, günde üç kez 25 mg) başlanmıştır. Postoperatif 3. ayda yapılan kontrolünde yakınmalarında giderek azalma olduğu tesbit edilmiş ancak daha sonra kontrole gelmemiştir.

Hastaların tümünde üst üriner sistem normal olarak tesbit edilmiştir.

TARTIŞMA

Üretrovajinal fistül; pelvis fraktürü, vajinal zor doğumlar, vajinal cerrahi (üretal divertikülek-tomi, anterior vajinal onarım), tümörlere uygulanan radyoterapi sonrasında gelişebilir.^{1,3} Tedavi açısından yararlanmanın yeri ve derecesi önemlidir. Distal üretrovajinal fistülün genellikle farkına

bile varılmaz ve tedavi gerektirmez. Çünkü kontinans mekanizması bozulmamıştır. Eğer işeme sırasında idrar akımı rahatsızlık verecek derecede bozulmuşsa bunların primer olarak onarılması gerekir. Proksimal üretrovajinal fistüllerin onarımı özellikle de kontinans mekanizması da bozulmuşsa güçtür. Ayrıca proksimal fistüllerle birlikte mesane ve üreterlerde de yaralanma olup olmadığının araştırılması gerekir.^{3,6} Bu fistüller genellikle traktın eksizyonu ve üretra ile vajenin ayrı ayrı kapatılması ile onarılır. Ancak vajinal defektin kanlanmasının bozuk olduğu durumlarda (multipl operasyonlardan sonra, radyoterapi sonrası) ya da defektin büyük olduğu durumlarda eğer vajinal epitel primer olarak kapatılabilecek ise üretra ve vajen arasına tampon flep olarak Martius flep, grasilis, omentum yerleştirilerek onarılabilir. Vajinal epitel kapatılamayacak ise labial flep ve buttock flep kullanılabilir.⁴ Bu flep türlerinden Martius flep minimal diseksiyon gerektirir ancak bu avantajın yanı sıra Martius flep için hazırlanan tünelin yetersizliğine bağlı vasküler pedikülün bası altında kalması ve kanlanmasının bozulması gibi komplikasyonları vardır. Diğer bir zorluk ta vajinal apekse yetecek uzunlukta fleb sağlanamaması olabilir.

Martius flep kullanarak onarım yaptığımız üretrovajinal fistüllü 4 olguda başarı oranımız % 50 bulunmuştur. Carr ve Webster ise Martius flebini tam kat cilt flebi olarak labiumdan serbestleştirilmiş ve bu yöntemle yaptıkları onarım ile 4 olguda % 100 başarı sağlamışlardır.⁵ Bu 4 olguda vajen epiteli uç uca getiremediği için araya cilt sütüre edilmiştir. Bu teknik ile tüm olgularda flebin alındığı bölgede çeşitli derecelerde duyarsızlık ve iki olguda vajen içinde kıllanma saptanmıştır. Başarı oranımız bu yazarların bildirdiğine göre daha düşük bulunmuştur. Bununla kıyaslandığında bizim başarılarımız düşüktür. Ancak Carr ve Webster, fistül sürelerini belirtmemiştir. Aradaki farka fistül sürelerinin, cerrahi tekniğin ve flep tekniğinin ayrı ayrı ne kadar etkili olduğunu saptamak çok zordur.

Üretrovajinal fistüllerde rekonstrüksiyondan sonra karşılaşılabilecek sorunlardan birisi de urgency ve stres inkontinanstır. Bunun nedeni genellikle uzun süreli suprapubik katerizasyon ya da orijinal yararlanmaya bağlı olarak gelişen küçük kapasiteli ve kötü komplianslı mesanelerdir. Bunlarda öncelikle medikal tedavi denenmelidir. Ba-

şarısız olanlarda augmentasyon sistoplasti gerekebilir.³ Üç nolu olgumuzda operasyon sonrası total inkontinansın düzeldiği ancak stres inkontinansın devam ettiği gözlenmiştir. Bu hastaya Kegel egzersizleri öğretilmiş ve oral olarak imipramine başlanmış olup üç aylık takip periyodunda yakınmalarında azalma gözlenmiştir. Ancak hasta daha sonra takipten çıkmış olup son durumu hakkında bilgi edinilememiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak; Martius'un tanımladığı labial fad pad greftle üretrovajinal fistül onarımı çok geç dönemde başvuran olgularda da başarılı sonuçlar vermekle birlikte, hastaların ancak % 50'sinde istenilen iyileşme sağlanabilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1) **Tanagho, E.A.:** Disorders of the Female Urethra in: Smith's General Urology, Edited by E.A. Tanagho and J.W. McAninch. Philadelphia: Prentice-Hall International Inc. Thirteenth edition, pp 608-615, 1992.
- 2) **Hinman, F.:** Closure of Urethrovaginal Fistula in Atlas of Urologic Surgery, Edited by F. Hinman. Philadelphia, Saunders, pp 219-222, 1989.
- 3) **Devine, C.J., Jordan, G.H. and Schlossberg, S.M.:** Surgery of the Penis and Urethra in Campbell's Urology, Edited by P.C. Walsh, A.B. Retik, T.A. Stamey and E.D. Vaughan. Sixth edition. Philadelphia, Saunders, Vol 3, pp 2957-3032, 1992.
- 4) **Wang, Y. and Hadley, H.R.:** The use of rotated vascularized pedicle flaps for complex transvaginal procedures. J. Urol, 149: 590, 1993.
- 5) **Carr, L. K. and Webster, G.D.:** Full-thickness cutaneous Martius flaps: A useful technique in female reconstructive urology. Urology, 48: 461, 1996.
- 6) **Blaivas, J.G.:** Vaginal flap urethral reconstruction: An alternative to the bladder flap neourethra. J Urol, 141:542, 1989.