



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt VII (4) s: 235-240, 1981

KLİNİĞİMİZDE SON 26 YILLIK VEZİKO - VAGİNAL FİSTÜL VAKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (***)

Dr. Vural SOLOK (*), Dr. Armağan ÖNER (*),
Dr. Ali Rıza KURAL (**)

Vezikovaginal fistüller, hekim ve hastayı daima birtakım güçlüklerle karşı karşıya getiren, özellikle ülkemizde kadını sosyal açıdan mağdur duruma düşüren bir antite olarak karşımıza çıkmaktadır. Eskilerde çoğunlukla obstetrikal nedenlerle oluşurken, günümüzde batı ülkelerinde cerrahi girişimlerin etyolojik sebepler arasında ön plâna geçtiği bildirilmiştir. Ancak sosyoekonomik düzeyi düşük ve yaşama şartların bozuk olduğu ülkelerde obstetrikal nedenler ön sırayı almaktadır.

MATERYAL VE BULGULAR :

Çalışmamızda, 1955 - 81 yılları arasında kliniğimizde vezikovaginal fistül nedeniyle tedavi gören 67 vaka analiz edilmiştir.

Vakaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, % 79,1'inin 21 - 45 yaşları arasında olduğu görülmektedir. Vakalarımızın en genci 18, en yaşlısı ise 56 yaşındadır (Tablo 1).

Tablo 11'de görüldüğü gibi, ilk 16 yılda tedavi edilen 38 hastamızın 25'inde (% 65,8) obstetrikal nedenler, 12'sinde (% 31,5) cerrahi girişimler ve 1'inde de travma nedeniyle fistül oluşmuştur. Son 10 yılda ise, 29 hastamızın 11'inde (% 37,9) obstetrikal, 15'inde (% 51,6) cerrahi girişimler, 1'inde tümör, 1'inde küretaj ve 1'inde de brütal cinsel ilişki sonucu vezikovaginal fistül meydana gelmiştir.

(*) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Doçenti.

(**) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Uzmanı.

(***) VI. Ulusal Üroloji Kongresi, Bursa, 1981.

Yaş Grupları	Sayı	Oranı (%)
16 - 20	3	4,5
21 - 25	10	15
26 - 30	12	18
31 - 35	13	19,3
36 - 40	7	10,4
41 - 45	11	16,4
46 - 50	7	10,4
51 - 55	3	4,5
56 - 60	1	1,5
Toplam	67	100

TABLO I

Fistül sebepleri	1955 - 70		1971 - 81	
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)
Obstetrikal	25	65,8	11	37,9
Cerrahi girişimler	12	31,5	15	51,6
Tümör	—	—	1	3,5
Küretaj	—	—	1	3,5
Travma	1	2,7	1	3,5
Toplam	38	100	29	100

TABLO II

Tablo III'de vakalarımıza uyguladığımız radikal ve palyatif ameliyat yöntemleri görülmektedir. Radikal ameliyatlar arasında en çok dilimleme yöntemleri ve transvezikal fistül reparasyonu uygulanmıştır. Bunların dışında, az sayıda vakaya ya sadece transvaginal, ya da bununla birlikte transvezikal yolla girişim yapılarak fistüller repare edilmişlerdir. 18 vaka da ise, palyatif tedavi yöntemi olarak kabul edebileceğimiz üreterosigmoidal anastomoz uygulanmıştır.

TARTIŞMA :

Bilindiği gibi vezikovaginal fistüller, başlıca obstetrikal nedenler, cerrahi girişimler, radyasyon, enfeksiyon travma ve tümör sonucu gelişebilmektedirler. Eskiden ve halen geri kalmış ülkelerde obstetrikal nedenlerin ön plânda 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) vakada fistülün

Uygulanan ameliyat yöntemi	Uygulanan vak'a		Başarılı sonuç	
	Sayı	Oranı (%)	Sayı	Oranı (%)
Dilimleme	21	27	18	85,7
Yöntemleri	7	9	7	100
Ekstraperitoneal Transvezikal	20	25,6	16	80
Intraperitoneal Transvezikal	6	7,7	4	6,6
Transvezikal fistül Reparasyonu	6	7,7	4	66,6
Transvaginal fistül Reparasyonu	18	23	17	94,5
Transvaginal ÷ Transvezikal Fistül reparasyonu	78	100	66	84,5
Üretero - Sigmoidal Anastomoz				
TOPLAM				

TABLO III

obstetrikal nedenlerle oluştuğunu bildirmişlerdir (2, 4, 8, 10, 16, 19). 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, 12, 14, 18). Ülkemizde buna benzer bir araştırma 1969 yılında Tözüm ve arkadaşları tarafından yapılmış ve % 82,1 vakada obstetrikal nedenlerin vezikovaginal fistüllere sebep olduğu saptanmıştır (17). Kliniğimizde ise, ilk 16 yıl içerisinde obstetrikal nedenler % 65,8 gibi bir oranı kapsarken, son 10 yıl içerisinde bu oran % 37,9'a düşmüştür. Bu durum, gittikçe gelişmiş ülkelere yaklaşıldığının bir kanıtıdır. Nitekim ilk 16 yıl içerisinde vakaların % 31,5'inde etyolojik faktör cerrahi girişimler iken, son 10 yılda bu oran % 51,6 ya yükselmiştir. Bu doğrultuda istatistiksel bir araştırma yapan Counseller % 88; Moir % 69,1 Lupu % 80, Russel % 48,8, Couvelaire % 60 oranında cerrahi girişimlerin vezikovaginal fistüllere sebep olduğunu bildirmişlerdir (5, 6, 11, 12, 14). Ülkemizde artık doğumların büyük çoğunlukla hekim kontrolü altında yapılması, jinekolojik ameliyatların yaygınlaşması ve sezeryan endikasyonlarının değişmesi, vezikovaginal fistül etyolojisinde obstetrikal nedenlerin azalıp, cerrahi girişimlerin ön plâna geçmesine yol açmıştır.

Uterus, serviks, vajen, mesane ve uretra'daki tümörlerin vezikovaginal fistüllere neden olabileceği bilinmektedir (9, 15, 16). Palumbo ve arkadaşları, 368 servikal kanser vakasında, % (4, 3) oranında vezikovaginal fistül geliştiğini ispatlamışlardır (13). Bizim vakalarımızın sadece 1'inde fistül, mesane tümörü nedeniyle oluşmuştur.

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

Vaka grubumuzda radyasyona bağlı bir fistüle raslanmamıştır. Radyasyona bağlı fistüllerin görülme sıklığı Russel'a göre % 12, Carter'a göre % 12,7, Counseller'a göre % 5,5, Couvelaire'a göre de % 8 olarak saptanmıştır (3, 5, 6, 14).

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, küratif ve palyatif olmak üzere 2 ana grupta incelenebilir. Küratif yöntemler içerisinde en çok uygulananlar, transvezikal veya transvaginal reparasyon, ya da her ikisinin kombinasyonu, intraperitoneal ve ekstrapitoneal transvezikal dilimleme yöntemleridir. Ayrıca çeşitli fleper kullanılarak yapılan reparasyonlar da uygulanmaktadır. Palyatif ameliyatlarda içerisinde ureterosigmoidal anastomoz, ureterokütaneostomi ve ileal kondüit gibi yöntemler kullanılmaktadır. Biz küratif yöntemler içerisinde, ekstrapitoneal ve intraperitoneal dilimleme yöntemleri ile transvezikal yolla yapılan fistül reparasyonu yöntemini tercih etmekteyiz. Ekstrapitoneal transvezikal dilimleme yöntemi uygulanan 21 vakamızın 18'inde (% 85,7) ve intraperitoneal transvezikal dilimleme yöntemi uygulanan 7 vakamızın hepsinde başarılı sonuç alınmıştır. Transvezikal fistül reparasyonu uygulanan 20 vakamızın 16'sında da (% 80) yine başarılı sonuç alınmıştır. Görüldüğü gibi dilimleme yöntemleri, transvezikal reparasyona nazaran nisbeten daha üstün gözükmektedir. Mükerrer ameliyatlarda sonucu kapanmayan geniş defektli fistüllerde, özellikle uretral sfinkterin düzelemeyecek derecede bozulduğu vakalarda, ureterosigmoidal anastomozu tercih etmekteyiz. Bu anastomozları Coffey ve Leadbetter yöntemleriyle yapmaktayız. Üreterosigmoidal anastomoz uyguladığımız 18 hastadan sadece 1'i ameliyatı müteakiben birkaç gün içerisinde asidoz nedeniyle vefat etmiştir. Diğerlerinde postoperatif devrede herhangi bir komplikasyona raslanmamıştır.

Ö Z E T

Halen yurdumuzda sosyal açıdan büyük problemler yaratan vezikovaginal fistül vakalarının son 26 yıllık istatistiki değerlendirilmesi yapılmıştır. Fistül nedenleri açısından ilk 16 yıl ile ikinci 10 yılın karşılaştırılması yapılmış, ameliyat teknikleri ve başarı oranları tartışılmıştır.

İlk 16 yıl içerisinde doğumsal nedenler ön plânda iken, ikinci 10 yılda cerrahi nedenler ön plâna geçmiştir. Bu görünüm gelişmiş ülkelerin istatistik değerlerine yaklaşıldığını göstermektedir.

SUMMARY

THE EVALUATION OF THE VESICOVAGINAL FISTULA CASES IN THE LAST 26 YEARS PERIOD IN OUR CLINIC.

Vesico-vaginal fistulas, still causing important problems socially in our country have been reviewed statistically for a period of last 26 years in our clinic. As far as the etiological factors in fistula formation are concerned a comparison between the first 16 years and second 10 years has been made and 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 in the second 10 years period. On this subject statistical figures of the second 10 year period are approximately the same with statistical figures of highly developed countries.

KAYNAKLAR

- 1) **Bivens, M. D.**: Postirradiation vesicocervico vaginal. *Obst. and Gynec.* 9: 89 - 98, 1957.
- 2) **Boldt, W.**: Behandlungsergebnisse geburtshilflicher blasenscheidenfisteln in Addis-Ababa. *Zbl. Gynae*, 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 urinary vaginal fistula in 253 cases. *Am. J. Obst. Gynec.* 72: 367 - 376, 1956.
- 6) **Couvelaire, R.**: Reflèxions a propos d'une statistique personnelle de 136 fistules vèsicovaginales. *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. Brith. Empire.* 66: 372 - 381, 1959.
- 9) **Howkins, J.**: *Cancer R. W. Raven Vol. IV*, page 246 - 252, 1958.
- 10) **Krishnan, R. C.**: A review of a series of 100 cases of vesicovaginal fistulae. *J. Obst. and Gynec. of the Brith. Empire.* 56: 22 - 27, 1949.
- 11) **Lupu, A.**: Traitement des fistules vèsico-vaginales par voie hypogastrique et décollement vèsico-vaginale apres extraperitonisation de la vessie. *Urol. Int.* 8: 38 - 44, 1959.
- 12) **Moir, C.**: Personal experiences in treatment of vesicovaginal fistulas. *Am. J. Obst. and Gynec.* 71: 476 - 491, 1956.

- 13) **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.
- 14) **Russel, C. S.:** Vesicovaginal fistulas and related matters. Ch. Thomas Springfield. Vol 1, 1962.
- 15) **Solok, V.:** Vezikovaginal fistüller ve transvezikal dilimleme metodu. 1st. Matbaası, 1968.
- 16) **Thouvenot, G., Marneff, M.:** Cure des vastes fistules vagino-urinaires par voie haute Intra-vesicale et retropubicenne. *Gynec. et Obst.* 56:34-51, 1957.
- 17) **Tözüm, R.:** Jinekolojide vezikovaginal fistüller. Şahsi görüş ve çalışmalarımız. Sucuoğlu Matbaası, İstanbul, 1961.
- 18) **Weed, J. C.:** Management of vesicovaginal fistula experience with 75 cases. *J. Obst. and Gynec.* 97:1071-1075, 1967.
- 19) **Werneck, J. E. F.:** Tratamento das fistulas uro genitais. *An. Brasil Gynec.* 15:207-225, 1950.
- 20) **Youssef, A. F.:** Gynecological Urology - Ch. Thomas pub., 1960.