

Vezikovajinal Fistül Cerrahisinde Zamanlama

Numan Baydilli, Abdullah Demirtaş

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri

ÖZET

Vezikovajinal fistül (VVF) sıklıkla jinekolojik cerrahiler sonrası karşılaşılan, vajenden sürekli veya aralıklı idrar kaçırma ile karakterize, hayat kalitesini son derece olumsuz etkileyen klinik bir durumdur. VVF tamirinde kliniğin tecrübesine bağlı olarak transvajinal veya abdominal ve transvezikal yaklaşımların beraber uygulandığı cerrahi yaklaşımlar uygulanmaktadır. En yüksek cerrahi başarıya ilk cerrahi yaklaşımda ulaşılabileceği, tekrar eden operasyonların bu başarıyı giderek düşürdüğü bilinmelidir. Bu nedenle cerrahi kararı vermeden önce iyi bir klinik muayene ile fistül traktı tam olarak ortaya konmalı ve en uygun zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Vezikovajinal fistül; inkontians; minimal invazif tedavi

GİRİŞ

Vezikovajinal fistül (VVF) mesane ve vajina arasında anatomik olmayan epitelize veya fibröz bir bağlantı olarak tanımlanabilir. Gelişmekte olan ülkelerde prevalansı gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde en sık neden jinekolojik cerrahiler sırasında oluşan iyatrojenik mesane yaralanması ve pelvik radyoterapi iken, gelişmekte olan ülkelerde sefalopelvik uyumsuzluk sonucu uzamış veya engellenmiş doğum eylemidir [1]. VVF sonucu oluşan vajenden sürekli veya aralıklı idrar kaçırma problemi kişinin hem psikolojik hem de sosyal yönünü son derece olumsuz etkilemekte ve hayat kalitesini düşürmektedir. Bu can sıkıcı idrar kaçırma probleminin derhal durdurulması veya minimuma indirilmesi gerekmektedir. Üretral kateterizasyon ve ped kullanımının yanında idrar kaçağına bağlı enfeksiyon ve genital cilt problemleri ile mücadele basit gibi görünse de semptomatik hastanın rahatlamasında önemli adımlardır. VVF tamirinde transvajinal veya abdominal-transvezikal yaklaşımlar kullanılmaktadır. Transvajinal yaklaşıma çoğu ürolog aşina olmasa da transabdominal yaklaşıma göre morbiditenin daha az ve hastanede yatış süresinin daha kısa olması bakımından avantajlıdır. Hangi cerrahi yaklaşımın yapıla-

cağına karar vermede fistülün büyüklüğü, sayısı, yeri ve daha önce fistül cerrahisi geçirip geçirmediği gibi faktörler önemli rol oynar. Fakat VVF tamirinde yapılacak cerrahinin zamanlaması konusunda henüz bir uzlaşma bulunmamaktadır [2]. Her klinik birim hastaların klinik özelliklerine ve kendi klinik tecrübelerine dayalı bir yol izlemektedir. Yapılacak ilk cerrahinin başarısı en yüksek iken tekrar eden cerrahilerde bu oran giderek azalmaktadır. Bu nedenle VVF 'li hastaların cerrahisine karar verirken iyi bir klinik muayene yapılmalı, fistül traktı tam olarak ortaya konmalı ve en uygun zaman göz önünde bulundurularak bir müdahale gerçekleştirilmelidir. Bu makalede VVF tamirinde zamanlama konusunda önerilen literatür bilgileri tartışılacaktır.

FİSTÜL CERRAHİSİNDE KONSERVATİF TEDAVİ VE CERRAHİ TEDAVİNİN ZAMANLAMASI

Gelişmiş ülkelerde VVF'lerin %80'i histerektomi sonrasında olduğu ve transvajinal yaklaşım sonrası gelişen VVF'lerin transabdominal yaklaşım sonrası oluşan VVF 'lere göre daha az insidansa sahip olduğu bildirilmektedir [3]. Avrupa üroloji kılavuzunda iyatrojenik mesane yaralanmalarının %60-75'i benign durumlar için yapılan histerektomi sırasında %30'u malign durumlar

için yapılan histerektomi sırasında ve %1'i obstetrik yaralanmalar sonucunda olduğu bildirilmektedir [4]. Gelişmekte olan ülkelerde obstetrik travmalar VVF'lerin %98'inden sorumludur. Bu durum bebeğin vajen ön duvarına mesane boynuna ve üretraya basısına sekonder olarak gelişen iskemik nekroza bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu fistüller daha büyük olma ve üretrayı da tutma eğilimindedirler. Gelişmiş ülkelerde obstetrik nedenlerin VVF etiyojisindeki yeri sadece %5'dir [3].

Amaç üriner ve genital fonksiyonların tamamen geri dönüşü ile birlikte idrar kaçağının hızla yok edilmesidir. Genel olarak yeni tanı almış küçük fistül traktı olan hastalarda (2-3 mm) kateterizasyon ve mesane spazmını önleyen antikolinergik ajanlar ile 2-3 hafta tedavi fistül traktının kendiliğinden kapanmasını sağlayabilmektedir. Zimmern ve arkadaşları 3 hafta foley kateter ile mesane drenajının fistül traktınının spontan kapanmasını sağladığını bildirmiştir. Ayrıca 4 haftalık kateterizasyon sonrası fistül trakt boyutunda azalma olması durumunda bu süreye ek olarak 2-3 hafta daha beklenilmesinin faydalı olabileceğini bildirmiştir. Fakat 30 günü aşan kateterizasyon drenajı sonrası fistül boyutunda küçülme olmaz ise, spontan kapanma olasılığının zayıf olduğunu ve uzamış kateterizasyonun sadece enfeksiyon riskini arttırdığını ayrıca fistül iyileşmesine ek fayda sağlamadığını bildirmiştir [5]. Davits ve Miranda abdominal ve vajinal histerektomi sonrası oluşan VVF' nin konservatif tedavisinde yeterli mesane drenajı ile fistül traktının 19-54 gün içinde tamamen kapandığını bildirmişlerdir [6]. Literatüre bakıldığında mesane kateterizasyonu ile spontan fistül traktının kapanma başarısının düşük olup bu oranın %13-23 arasında değiştiği bildirilmiştir [7]. Bu nedenle genel olarak VVF tespit edilir edilmez hemen kateterizasyon veya diversiyon yapılması önerilmektedir.

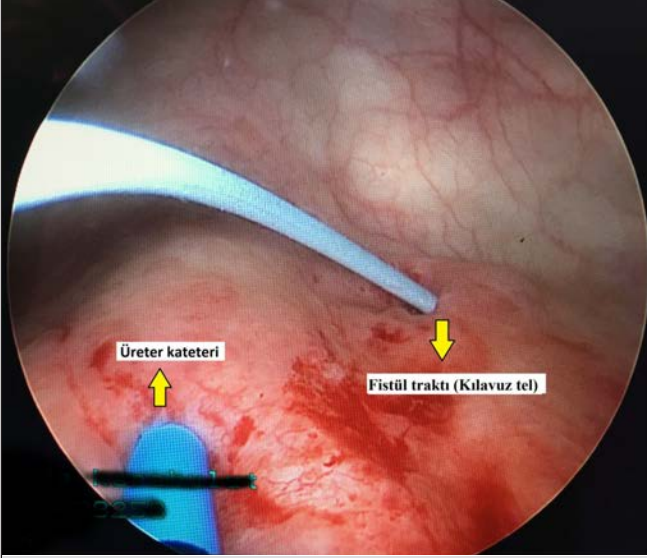
Küçük epitelize fistül traktı olan hastalarda fistül traktının endoskopik olarak fulgurasyonu ile mesane kateterizasyonu, iyileşme sağlayabilmektedir. Koagüle edilirken küçük kesici elektrot ucu fistül traktına girdirilerek çekme esnasında koagülasyon modu kullanılmaktadır. Lazer (Nd:YAG) ile fistül traktının denatüreyonu ve denatüreyon işlemlerinden sonra fibrin dolgu macunu kullanılması, transüretral endoskopi sütürasyon teknikleri ile de iyi sonuçlar bildiren çalışmalar bildirilmiştir [8-10]. Bu konservatif yöntemlerin küçük (≤ 3 mm), fistül traktı oblik olan ve bu tedavi tipini kabul eden hastalarda daha yararlı olduğu vurgulanmıştır. Konservatif tedavinin başarısız olduğu durumlarda transvajinal ve abdominal cerrahi prosedürler akla

gelmektedir. Seçilecek cerrahi prosedür cerrahın becerisine ve tecrübesine göre değişebilmektedir.

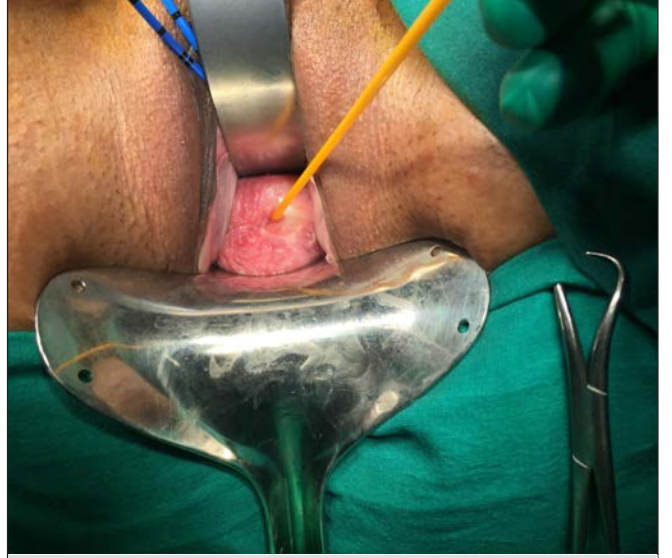
Cerrahi zamanlama konusu tartışmalıdır ve aslında dokunun durumuna göre değişmektedir. VVF cerrahisi yapılan 124 çalışmanın değerlendirildiği meta analizde erken cerrahi tamir yapılan 22 çalışmanın, geç cerrahi yapılan 15 çalışmanın ve erken ve geç cerrahinin birlikte sunulduğu 11 çalışmanın sonucu olarak **ideal cerrahi zamanlama konusunda ciddi bir önerinin henüz ortaya konmadığı sonucunu bildirilmişlerdir** [11]. **VVF cerrahisinde en iyi fırsat ilk cerrahi onarımdır.** Bu şansı klinisyenin çok iyi değerlendirmesi gerekir. Dokuların sağlıklı olması erken tamire olanak sağlarken, sağlıklı, nekrotik enflame dokuların varlığında operasyonun ertelenmesi gerektiği önerilmektedir [12]. Bu ertelenen zaman dilimi içerisinde kimi yazarlar uygun antibiyotiklerle enfeksiyon tedavisi yanında mesane kateterizasyonu yerine topikal östrojen kullanımını savunmaktadır [13]. Bu erteleme daha kaliteli dokuların oluşmasını sağlayacak ve beklenen tedavi başarısını arttıracaktır.

Komplike olmayan post jinekolojik fistüllerin tanı kesinleştiği zaman hemen onarılabileceği üzerinde durulmaktadır. Daha önce bahsedilen, konservatif tedavinin başarısız olduğu genel durumu iyi olan hastalarda, vajinal yaklaşım ilk yaralanmadan 2-3 hafta sonra uygulanabilir. Cerrahi, abdominal olarak yapılmışsa, vajinal dokular nispeten zarar görmemiştir ve bu şekilde geniş sağlıklı flepler elde edilebilmektedir. Erken ve geç yapılan vajinal veya abdominal cerrahilerin karşılaştırıldığı çalışmalarda benzer oranlarda başarı (%90) sağlandığı bildirilmiştir [14]. Komplike olmayan histerektomi sonrası oluşan VVF' lerdeki cerrahi onarım, obstetrik fistüllere göre daha kolaydır. Histerektomi sonrası oluşan VVF cerrahisinin idrar kaçağının konfirme edildikten bir kaç hafta sonra yapılması son zamanlarda giderek artmaktadır [15]. Zimmern ve ark 2-3 hafta sonra yapılan VVF tamirinin morbiditeyi arttırmadığı ve tedavi başarısını azaltmadığını bildirmişlerdir [5]. Blaivas ve ark'ın yaptığı erken ve geç cerrahinin karşılaştırıldığı 24 VVF tamirini içeren çalışmalarında erken tamirin (12 hafta içinde) geç yapılan cerrahiler kadar başarılı olduğu ve inflamasyon, enfeksiyon veya endurasyon yoksa cerrahi geciktirmemenin ek fayda sağlamadığını belirtmişlerdir [16]. Resim 1-4'de histerektomi sonrası gelişen 7 mm lik fistülün 3. ayda intraoperatif görüntüleri verilmiştir (resimler Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji arşivinden).

Fistüllerin erken kapatılmasının kontrendike olduğu durumlar sıralanacak olursa; geçmişte birçok



Resim 1. Vezikovajinal fistül sistoskopik görünüm. Sağ üreterde 7F üreter kateteri ve trigonda 7 mm fistül traktı içinden vajene gönderilen kılavuz tel.



Resim 2. Kılavuz tel üzerinden takılan 10F Foley kateterin vajenden görünümü



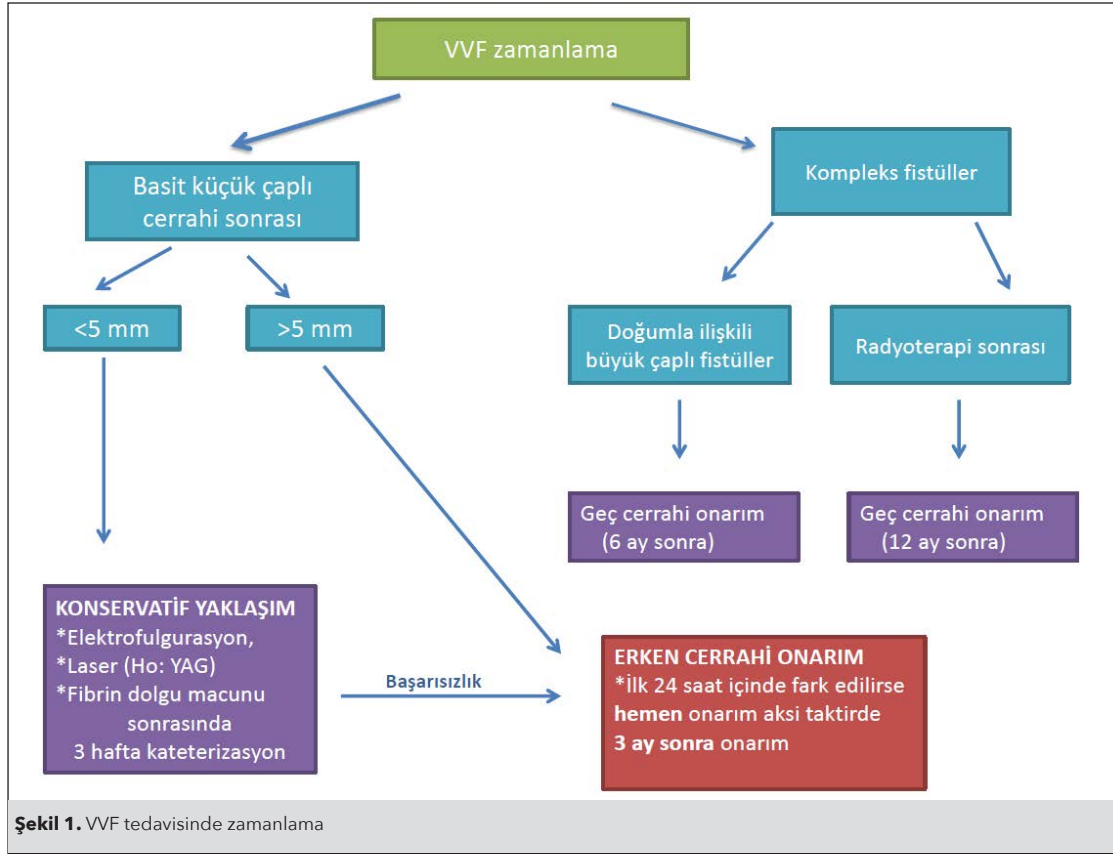
Resim 3. Fistül traktının foley kateter etrafından eksizyonu



Resim 4. Fistül traktı kapatıldıktan sonra 100 ml SF ile sızdırmazlık testi

kez başarısız fistül cerrahisi geçiren hastalar, enterik fistülün eşlik ettiği pelvik inflamasyon ve pelvik radyoterapi almış hastalar olarak sıralanabilir. Bu fistüllerde geç tamirin 6 aydan sonraya bırakılması ve tamirinde interpozisyonel flep kullanılması önerilmektedir. Bodner-Adler ve arkadaşlarının 2017 yılında yayınladığı benign jinekolojik cerrahiler sonrası oluşan VVF yönetimini konu alan sistematik derleme ve meta-analizlerinde, VVF'yi takip eden dönemde 12 haftadan önce ve sonra yapılan onarımların başarısı karşılaştırılmış ve istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) [11].

Zor doğum eylemi sonrası olan fistüllerde 3-6 ay beklenilmesi genel kabul görmüştür. Fakat diğer taraftan Waaldijk ve ark obstetrik fistüllerin hemen tamiri kontinans ve fistül kapanması bakımından daha yüksek etkinliği olduğunu bildirmişlerdir [14]. Radyasyona bağlı oluşan fistüller için 6-12 ay beklenilmesi önerilmektedir. EAU 2016 kılavuzunda da zamanlama konusunda bir uzlaşma olmadığı ve kontrollü olmayan vaka çalışmalarında erken ve geç kapamanın başarı oranlarında bir farklılık olmadığı bildirilmektedir [17]. Şekil 1'de VVF' de operasyon zamanlaması şematik olarak özetlenmiştir.



Kaynaklar

- De Ridder D. Vesicovaginal fistula: a major healthcare problem. *Current opinion in urology*. 2009;19:358-61.
- Ghoniem GM, Warda HA. The management of genitourinary fistula in the third millennium. *Arab journal of urology*. 2014;12:97-105.
- Harkki-Siren P, Sjöberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. *Obstetrics and gynecology*. 1998;92:113-8.
- Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. *Actas urologicas espanolas*. 2013;37:459-72.
- Zimmern PE, Hadley HR, Staskin DR, Raz S. Genitourinary fistulae. Vaginal approach for repair of vesicovaginal fistulae. *The Urologic clinics of North America*. 1985;12:361-7.
- Davits RJ, Miranda SI. Conservative treatment of vesicovaginal fistulas by bladder drainage alone. *British journal of urology*. 1991;68:155-6.
- Blok B, et al., EAU Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction, 2016, European Association of Urology
- Dogra PN, Saini AK. Laser welding of vesicovaginal fistula--outcome analysis and long-term outcome: single-centre experience. *International urogynecology journal*. 2011;22:981-4.
- Petersson S, Hedelin H, Jansson I, Teger-Nilsson AC. Fibrin occlusion of a vesicovaginal fistula. *Lancet*. 1979;1:933.
- Okamura K, Kanai S, Kurokawa T, Kondo A. Endoscopic trans-vesico-transurethral approach for repair of vesicovaginal fistula: initial case report. *Journal of endourology / Endourological Society*. 1997;11:203-5.
- Bodner-Adler B, Hanzal E, Pablik E, Koelbl H, Bodner K. Management of vesicovaginal fistulas (VVF) in women following benign gynaecologic surgery: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2017;12:e0171554.
- Carr LK, Webster GD. Abdominal repair of vesicovaginal fistula. *Urology*. 1996;48:10-1.
- O'Connor VJ, Jr. Review of experience with vesicovaginal fistula repair. *The Journal of urology*. 1980;123:367-9.
- Wang Y, Hadley HR. Nondelayed transvaginal repair of high lying vesicovaginal fistula. *The Journal of urology*. 1990;144:34-6.
- Waldijk K. The immediate surgical management of fresh obstetric fistulas with catheter and/or early closure. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 1994;45:11-6.
- Blaivas JG, Heritz DM, Romanzi LJ. Early versus late repair of vesicovaginal fistulas: vaginal and abdominal approaches. *The Journal of urology*. 1995;153:1110-2; discussion 2-3.
- EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults F.C. Burkhard (Chair) 2016