



BÖLÜM 36

KADIN GENİTAL YOL FİSTÜLLERİ VE CERRAHİ TEDAVİSİ

İsmail ALAY¹

Sema KARAKAŞ²

ÜROGENİTAL FİSTÜLLER

Fistül epitelyal veya mezotelyal yüzeyler arasındaki anormal bağlantılara denilmektedir. Kadın ürogenital fistülleri de kadın genital organları ile üretra, mesane ve ürerterler arasında olan anormal bağlantılar olarak tanımlanmaktadır. Bu fistüllerin sıklığı ve nedenleri ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde daha nadir görülen fistüller genellikle jinekolojik cerrahilere ikincil olarak ortaya çıkar. Oysa gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ürital fistüller daha sık görülür ve sıklıkla obstetrik travma nedeniyle oluşmaktadır.

Ürogenital fistüller fistül traktının birleştirdiği yapılara göre isimlendirilirler. En sık vesikovajinal fistüller görülmekle birlikte, daha nadiren vesikouterin, üretrovajinal, üreterovajinal fistüllerle de karşılaşmaktadır.

Risk faktörlerinin başında obstetrik travma ve zor doğum yer almaktadır. Bununla birlikte jinekolojik cerrahi ile ilişkili fistüller genellikle histerektomi operasyonuna sekonder olarak ortaya çıkar. Burada yapılan histerektomi şekli de önem kazanmaktadır. Benign nedenlerle yapılan basit histerektomilerde fistül görülme

sıklığı yaklaşık % 0.5 iken, serviks kanseri nedeniyle yapılan radikal histerektomilerde bu oran %10 lara çıkmaktadır (1). Bununla birlikte operasyonun uzun sürmesi, büyük uteruslar için yapılan cerrahiler, intraoperatif üriner sistem yaralanması ve onarımı da fistül oluşumu için risk faktörüdür. Cerrahi esnasında mesane ve üreter diseksiyonu esnasında künt diseksiyon yapılması, dokuların kanlanması bozulmasına sebebiyet verecek şekilde diseksiyon yapılması, termal hasar, veya uzun süreli kan akımını bozacak şekilde dokuların keliplenmesi de fistül riskini arttırmaktadır. Bir diğer fistül nedeni malignite ve radyasyon tedavisidir. Radyoterapiye bağlı fistül formasyonu tümör nekrozuna bağlı olabileceği gibi, radyoterapinin vasküler endodelde hasara yol açarak doku kan akımını azaltıcı etkisi de fistül oluşumuna neden olmaktadır (2-4). Fistül oluşma riski toplam verilen radyasyon dozu ile orantılı olarak artmaktadır. Sağlıklı vajina doku 8000 rada kadar olan radyasyon dozunu tolere edebilmektedir (3). Tuboovaryen abse cerrahisi, pelvik inflamatuvar hastalık, sezaryen doğum, endometriozis ve derin infiltratf endometriozis cerrahisi, divertikülit, inflamatuvar bağırsak

¹ Doç. Dr., Medicana Bahçelievler Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü dr_ismailalay@hotmail.com

² Op. Dr., Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü semaakyildiz@hotmail.com

edilerek sabitlenir. Labiumun serbest kalan alt ucu Pudendal flebin sınırına suture edilir. Uyluk iç yüzündeki ve inguinofemoral sulcustaki insizyonlar primer olarak kapatılarak işleme son verilir (21).

Omental Flep

Vesikovajinal fistüllerin abdominal onarımlarında Omental flep uygulanabilir. Omentumun kanlanması sağ ve sol gastroepiploik arterler ile birlikte mide ile arasında olan kısa gastrik arterler nedeniyle fazladır. Omental flep oluştururken bu arterlerden olan kanlanmaya dikkat edilmelidir. Sağdan veya soldan başlanarak mide ve omentum arasındaki damarlar koagüle edilerek veya bağlanarak flep oluşturulur. Ancak bu süreçte sağ veya sol gastroepiploik arterin sağlam olarak flep kanlanmasını devam ettirmesi sağlanmalıdır. Sağ veya soldan başlanarak serbestleştirilen omental flep ucu fistül onarım bölgesine mesane ve vajen arasına yerleştirilerek suturler ile sabitlenir. Eğer omentum fistül onarım bölgesine gerimsiz bir şekilde yetiştirecek kadar büyükse mide ile arasındaki bağlantıların kesilip serbestleştirilmesine gerek kalmaz ve doğrudan fistül bölgesine tek tek sütürler ile sabitlenir (19).

EVE GÖTÜRÜLECEK MESAJLAR

- ▶ Kadın genital yol fistülleri gelişmiş ülkelerde jinekolojik cerrahiler ve radyoterapi ile ilişkili iken gelişmekte olan ülkelerde daha çok kötü obstetrik bakım ile ilişkilidir.
- ▶ Etiyoloji ve risk faktörlerine göre fistül oluşumunu önleme, erken dönemde tanı ve tedaviye yönelik plan oluşturulmalıdır.
- ▶ Tanı sonrası tedavi zamanlaması (erken vs. geç) hakkında henüz fikir birliği yoktur. Cerrahi tedavi planlandığı dönemde fistül bölgesinin enfekte olmadığından emin olunmalıdır ve gerekirse antibiyoterapi verilmelidir.
- ▶ Yapılacak ilk cerrahi girişimin başarı oranı yüksek olduğu için ilk müdahalenin dene-

yimli merkezlerde ve deneyimli cerrahlar tarafından yapılması önemlidir.

- ▶ Ürogential fistüllerde cerrahi onarım sonrası fistül yerine göre uygun idrar drenajı iyileşme dönemi süresince sağlanmalıdır.
- ▶ Rektovajinal fistüllerde cerrahi onarım sonrası düşük rezidü diyet ve konstipasyon önlenmesi için diyetisyen desteği alınmalıdır.
- ▶ Tekrarlayan ve geniş fistüllerde doku desteği için Martius flep veya fasyokütanöz flep yöntemleri gerekebilir. Bu konuda deneyimli merkezlere hasta yönlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hilton P, Cromwell DA. The risk of vesicovaginal and urethrovaginal fistula after hysterectomy performed in the English National Health Service—a retrospective cohort study examining patterns of care between 2000 and 2008. *BJOG* 2012;119(12):1447-54.
2. Walters MD, Karram MM. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery*. 3rd ed. Philadelphia (PA): Mosby; 2007.
3. Rock JA, Jones HW III. *Te Linde's operative gynecology*. 9th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
4. Härkki-Sirén P, Sjöberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1998;92(1):113-8.
5. Rovner ES. Urinary tract fistulae. In: Wein A, Kavousi L, Novick A, Partin A, Peters C, editors. *Campbell-Walsh urology*. 10th ed. Philadelphia (PA): Elsevier Saunders; 2012. p. 2223-61
6. Blandy JP, Badenoch DF, Fowler CG, Jenkins BJ, Thomas NW. Early repair of iatrogenic injury to the ureter or bladder after gynecological surgery. *J Urol* 1991;146(3):761-5
7. Symmonds RE. Ureteral injuries associated with gynecologic surgery: prevention and management. *Clin Obstet Gynecol* 1976;19(3):623-44.
8. Raassen TJ, Verdaasdonk EG, Vierhout ME. Prospective results after first-time surgery for obstetric fistulas in East African women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(1):73-9.
9. Hoch WH, Kursh ED, Persky L. Early, aggressive management of intraoperative ureteral injuries. *J Urol* 1975;114(4):530-2.
10. Boateng AA, Eltahawy EA, Mahdy A. Vaginal repair of ureterovaginal fistula may be suitable for selected cases. *Int Urogynecol J* 2013;24(6):921-4.
11. Tomlinson AJ, Thornton JG. A randomised controlled trial of antibiotic prophylaxis for vesico-vaginal fistula repair. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(4):397-9.
12. Latzko W. Postoperative vesicovaginal fistulas: gene-

- sis and therapy. *Am J Surg* 1992;48(1):211.
13. Mackenrodt, A. Die operative Heilung grosser Blasenscheiden-fistein. *Zentralbl Gynakol*.1894; 8:180.
 14. Browning A, Williams G, Petros P. Skin flap vaginal augmentation helps prevent and cure post obstetric fistula repair urine leakage: a critical anatomical analysis. *BJOG* 2018;125(6):745-749.
 15. Sanderson DJ, Rutkowski J, Attuwaybi B, Eddib A. Robotic Repair of SupratrigonalVesicovaginal Fistula with Sigmoid Epiploica Interposition. *JSL* 2018;22(4): e2018.00055.
 16. Kliment J, Beráts T. Urovaginal fistulas: experience with the management of 41 cases. *IntUrol Nephrol* 1992;24(2):119-24.
 17. Tancer ML. Vesicouterine fistula—a review. *Obstet Gynecol Surv* 1986;41(12):743–53.
 18. Roman H, Bridoux V, Merlot B, et al. Risk of Rectovaginal Fistula in Women with Excision of Deep Endometriosis Requiring Concomitant Vaginal and Rectal Sutures, with or without Preventive Stoma: A Before-and-after Comparative Study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2022;29(1):56-64.e1.
 19. Rogers RG, Jeppson PC. Current Diagnosis and Management of Pelvic Fistulae in Women. *Obstet Gynecol*. 2016;128(3):635-650.
 20. Martius H. Über die Behandlung von Blasenscheidenfisteln, insbesondere met Hilfe einer Lappenplastik. *Geburtshilfe Gynakol* 1932;103:22–34.
 21. Zinman LN, Libertino JA, Smith JJ. Vesico-vaginal fistula. In: Libertino JA, editor. *Reconstructive urologic surgery*. 3rd edition. St. Louis (MO): Mosby; 1998. p. 259–74.