

B. Üretrovajinal Fistül

Eyüp Burak SANCAK¹

GİRİŞ

Fistül, içi boş veya tübüler bir organ ile vücut yüzeyi arasında veya iki içi boş veya tübüler organ arasındaki anatomik olmayan bir bağlantıdır. Gelişmekte olan ülkelerde göreceli olarak daha sık görülür ve etyolojisinde çoğunlukla doğum travmaları rol oynamaktadır. Uzun süreli vajinal doğum sırasında sefalopelvik orantısızlık, uzun ve tıkaçıcı bir doğum eylemine yol açabilmektedir. Vajinal epitelin, üretra, detrusor ve mesane mukozasının sıkışmasına bağlı iskemi nedeni ile üretrovajinal fistül gelişebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise daha nadir görülen bir durumdur ve genellikle pelvik cerrahiden kaynaklanan iatrojenik yaralanmalar nedeniyle oluşmaktadır. İatrojenik etyolojinin çoğunluğunu üretra divertikülü cerrahisi ve kolpografi anterior operasyonu oluşturmaktadır. Nadir olmakla birlikte, travmatik üretral kateterizasyondan kaynaklanan üretrovajinal fistül vakaları bildirilmiştir. Diğer nedenler arasında mesane boynu askı cerrahileri, idrar kaçırmaya yönelik ameliyatlar, travma, yabancı cisim maruziyeti, malignite ve radyoterapi yer almaktadır.

Üretrovajinal fistüllerin kliniği, fistülün boyutuna, konumuna ve sfinkter ile olan ilişkisine göre

değişmektedir. Küçük bir fistül sadece minimal idrar sızıntısına neden olabilirken, büyük bir üretrovajinal fistül sürekli idrar direnağına neden olabilir. Proksimal fistüller, sfinktere yakın ise stres tipi idrar kaçırmaya şikayetleriyle ilişkili olabilirken, mesane boynuna yakın olduğunda idrar kaçırmaya problemi sürekli olabilmektedir. Üretranın distal üçte birinde yer alan fistüller genellikle asemptomatiktir. Bazı distal fistüller vajinal boşaltım ile ilişkilidir. Bu hastalar idrar yaptıktan sonra sadece oturma pozisyonundan kalktığında oluşan kaçırmayı bildirmektedir. Bu durum, idrarın vajinada birikmesi sonucu oluşur, kaçırmaya ayaktaiken gerçekleşir ve vajinal boşalma veya vajinal reflü olarak adlandırılmaktadır. Vajinal idrar birikmesi; cilt tahrişine, tekrarlayan maya enfeksiyonlarına veya kandidiyazise yol açabilmektedir. Bazen hastalar vajinal ağrı, disparoni veya tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ile başvurabilmektedir.

TANI

Üretrovajinal fistül şüphesi olduğunda standart değerlendirme kapsamlı bir öykü ile başlamalıdır. Fizik muayene dorsal litotomi pozisyonunda, iyi bir ışık altında, dikkatli vajinal inspeksiyonla bir-

¹ Prof. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD., eyupburaksancak@comu.edu.tr, ORCID iD: 0000-0003-4154-2052

oranını artırdığı gösterilmiştir. Özellikle malignite şüphesinde, tekrarlayan fistül varlığında veya öncesinde radyoterapi hikayesi olanlarda, eksize edilen dokular mikroskopik inceleme için patolojiye gönderilmelidir. İşlem öncesinde stres tipi idrar kaçırma tespit edilse bile, tedavisinin ayrı bir seansa bırakılması önerilmektedir. Üretral kateter cerrahın tercihine bağlı olarak 10-14 gün sonra çıkartılır.

Üretrovajinal fistül onarımının komplikasyonları hakkında çok fazla veri yoktur. Cerrahi onarımdan sonraki komplikasyonlar arasında idrar kaçırma, fistül tekrarı, üretral kısılma, kalıcı reflü, mesane taşları ve mesane kanseri yer almaktadır. Başarılı bir cerrahi sonrasında bile olguların yarısında stres tipi idrar kaçırma gelişebilir. Otolog veya sentetik askılarla tedavi edildiklerinde, yaklaşık %60 oranında tam kuruluk, %30 oranında iyileşme bildirilmiştir. Postoperatif üretral darlığa %5,6 oranında rastlanmaktadır ve üretrotomi ya da üretral dilatasyonla tedavi edilebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Harding CK, Lapitan MC, Arlandis S, et al. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress, Madrid 2025. 95-104.
2. De Ridder DJMK, Greenwell T. Urinary Tract Fistulae. Partin AW, Dmochowski RR, Louis MFR et al. Campbell-Walsh-Wein Urology, Twelfth Edition. Elsevier; 2021, 2924-2963
3. Mendhiratta N, Tarnay C, Nitti VW. Lower urinary tract fistulas. Karram MM, Mahdy A. Walters & Karram Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, Fifth Edition. Elsevier; 2022, 37, 609-628.
4. Padmanabhan P, Lea W, Scarpero H. Chapter 23 - Management of urinary fistulas. Taneja SS. Complications of Urologic Surgery (Fourth Edition). Elsevier. 2010, 263-276.