

Vesicouterine fistula, a rare cause of genitourinary fistula

Uterovezikal fistül, nadir görülen bir genitoüriner fistül nedeni

Muhammet Şahin Bağbancı, Mustafa Levent Emir, Mümtaz Dadalı, Ayhan Karabulut

ABSTRACT

Uterovesical fistulas are rare genitourinary fistulas developing secondary to iatrogenic etiologies. In this article, we report a post-cesarean vesicouterine fistula with review of the literature.

Key words: Amenorrhea; cyclic haematuria; vesicouterine fistulas; Youssef's syndrome.

ÖZET

Uterovezikal fistüller çoğunlukla yatrojenik nedenlerle meydana gelen ve nadir görülen genitoüriner fistüllerdendir. Bu makalede üçüncü sezaryen operasyonu sonrası uterovezikal fistül gelişen bir olgu literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Amenore; siklik hematüri; uterovezikal fistül; Youssef sendromu.

Giriş

Uterovezikal fistüller, genitoüriner fistüller içerisinde sınıflandırılan ve çok sık rastlanmayan bir hastalık grubudur. Çoğunlukla iatrojenik sebeplerle meydana gelirler. Sezaryen sonrası görülen, üriner inkontinansın eşlik etmediği, amenore ve siklik hematüriye sebep olan uterovezikal fistüllere Youssef sendromu denilmektedir.^[1] Bu makalede üçüncü sezaryen ameliyatı sonrası gelişen bir uterovezikal fistül olgusu literatür bilgileri ışığında sunulmuştur.

Olgu sunumu

Otuz beş yaşında kadın hasta öyküde siklik hematüri ve amenore şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastaya 10 ay önce başka bir merkezde üçüncü sezaryen ameliyatı yapıldığı ve ameliyat sonrası iki ay kateterli tutulduğu öğrenildi. Ameliyat sonrası dönemde bir ay süreyle yoğun hematürisinin olduğu ve daha sonra bu durumun giderek azaldığı belirtilmekteydi. Hastada üriner inkontinans yakınlığı yoktu.

Hastanın tam idrar tahlilinde bol eritrosit olduğu saptandı. Yapılan sistoskopide, trigonun

hemen posteriorunda yaklaşık 1,5 cm çaplı fistül ağzı olduğu saptandı (Resim 1). Sistoskopi ile eş zamanlı yapılan jinekolojik muayenede vajenden sıvı gelişi izlenmedi. Onyedinci Fr sistoskop ile fistül traktından geçildi ve uterus kornularına kadar ilerlenebildi. Hastanın mesanesine steril metilen mavisi verilmesinin ardından da vajene geçiş izlenmedi. Olgu sunumuyla ilgili gerekli bilgilerin kullanımı için hastadan yazılı onam belgesi alındı.

Cerrahi teknik

Hastaya göbek altı median insizyonla ve transabdominal yaklaşımla fistül onarımı ameliyatı yapıldı. İnsizyonu takiben mesane deperitonize edildi. Ardından transperitoneal yolla uterus anteriorunda, korpus-serviks arasında fistül traktına ulaşıldı (Resim 2). Mesane kubbesi insize edilerek mesane açıldı ve insizyon posteriordaki fistül traktına kadar ilerletildi. Fistül traktı mesane ve uterustaki ağzı da içine alacak şekilde tamamen eksize edildi (Resim 3). Mesane duvarı iki tabaka halinde kapatıldı ve mesane serum fizyolojik ile doldurulup kaçak olmadığı gözlendi. Uterus duvarındaki açıklık sıfır numara poliglikolikolit sütür ile iki tabaka olarak kapatıldı. Daha sonra yeterli uzunlukta omentum dokusu hazırlanarak mesanede onarılan bölgenin üzerine tespit

Department of Urology,
Ahi Evran University Faculty of
Medicine, Kırşehir, Turkey

Submitted:
22.11.2013

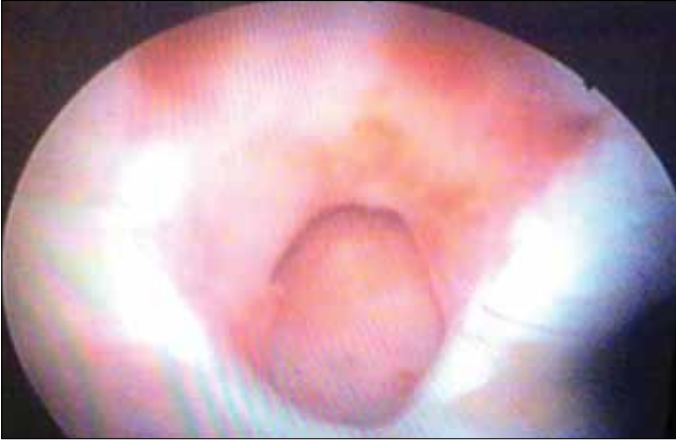
Accepted:
10.01.2014

Available Online Date:
15.10.2014

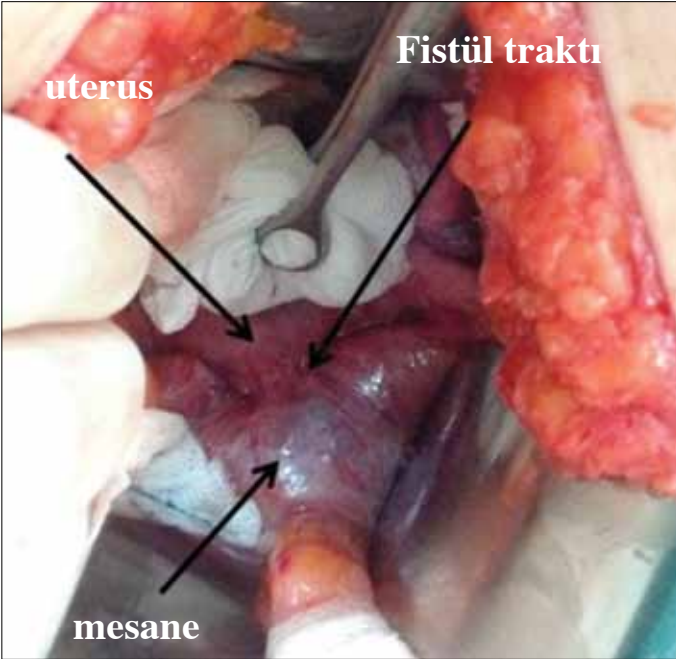
Correspondence:
Muhammet Şahin Bağbancı,
Department of Urology,
Ahi Evran University Faculty of
Medicine, Kırşehir, Turkey
Phone: +90 386 213 45 17
E-mail: sahiin1980@gmail.com

©Copyright 2014 by Turkish
Association of Urology

Available online at
www.turkishjournalofurology.com



Resim 1. Mesanede trigonun hemen arkasında saptanan fistül ağzı, sistoskopik görüntü

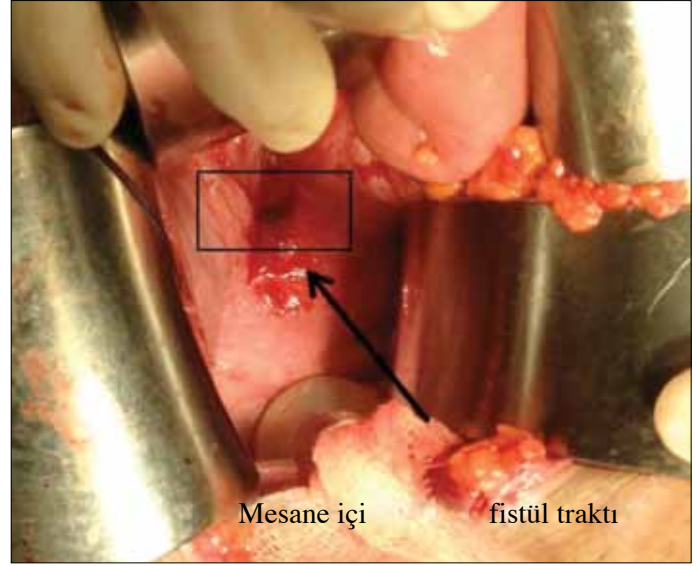


Resim 2. Uterovezikal fistül traktı

edildi. Hastanın talebi üzerine aynı seansta eş zamanlı olarak bilateral tüp ligasyonu da yapıldı. Operasyon sonrası hasta 10 gün kateterli tutuldu. Ameliyat sonrası birinci hafta ve üçüncü ay kontrollerinde hastanın siklik hematüri şikayetlerinin geçmiş olduğu öğrenildi.

Tartışma

Uterovezikal fistüller, genellikle sezaryen ameliyatları sonrasında meydana gelen, uterus ve mesane arasında oluşan, nadir görülen fistüllerdir.^[2] Son yıllarda artan sezaryen oranları, genitoüriner fistüller gibi ameliyata bağlı komplikasyonların görülme sıklığının da artışı beraberinde getirmiştir.^[3]



Resim 3. Fistül ağzının intravezikal görünümü

Uterovezikal fistüllerin klinik prezentasyonu çeşitlilik göstermektedir. Hastalar üriner inkontinans, amenore ve siklik hematüri gibi yakınmalarla başvurabilmektedirler. Ayrıca sekonder infertilite ve ilk trimesterde olan düşüklere de sebep olmaktadır.^[4] Bu durumlar hastaların yaşam kalitelerinde düşüşe sebep olmaktadır.^[1] Siklik hematüri durumunda uterovezikal fistüllerle beraber endometriozis de düşünülmelidir. Bizim olgumuzda Youssef sendromunun klasik triadı olan üriner inkontinans olmadan siklik hematüri ve amenore yakınması mevcuttu.^[1]

Uterovezikal fistül tanısı, diğer sık görülen ürogenital fistüller dışlanarak ve mesaneyle uterus arasındaki fistül traktı gösterilerek konulur.^[4] Tanıda intravenöz ürografi (IVU), histerosalpingografi, sonohisterografi, sistografi, metilen mavisi testi, transvajinal ultrasonografi, pelvik MRG ve sistoskopi gibi yöntemler kullanılmaktadır.^[5-8] Bu tanı testlerinin avantaj ve dezavantajları vardır. Sistografi, vezikovajinal fistüllerde tanı koydurucu iken uterovezikal fistüllerde, uterus basıncı mesane içi basınçtan yüksek olduğundan dolayı tanıda yeteri kadar yardımcı olamayabilmektedir.^[6] Literatürde sonohisterografinin ve pelvik MR'in tanıda yardımcı olabileceği bildirilmektedir. On iki uterovezikal fistül hastasının alındığı bir çalışmada pelvik MR'in %100 tanı koydurucu özellikte olduğu gösterilmiştir.^[7] Sistoskopi fistül varlığını ortaya çıkarabilmekte ancak fistül geniş değilse, traktının nereye uzandığını belirlemede faydalı olamamaktadır. Bizim olgumuzda sistoskopi esnasında geniş fistül ağzı görülmüş ve traktan ilerlenip uterus kornularına kadar vizüalize edilerek tanı konulmuştu.

Uterovezikal fistül tedavisinde konservatif veya cerrahi teknikler kullanılmaktadır.^[4,9] Eğer uterovezikal fistül tanısı hemen doğumdan sonra konulursa, hastanın dört-sekiz hafta kateterli

kalması fistül traktının spontan kapanabilmesi için bir şans oluşturabilir.^[4] Bizim sunmuş olduğumuz olgu, sezaryen sonrası yaklaşık iki ay kateterli tutulmuş ancak semptomlarında düzelme olmamıştı. Uterovezikal fistülün cerrahi onarımında transperitoneal, transvezikal ve transvajinal yaklaşımlar gibi çeşitli teknikler tanımlanmıştır.^[4] Bu cerrahilerdeki temel prensip fistül traktının çıkartılması ve mesaneyle uterus onarıldıktan sonra bu dokular arasına destek doku getirmek üzerine kurulmuştur. Uterus ve mesane arasına omentum dokusu interpozisyonu yapılabileceği gibi, literatürde abdominal yağ dokusundan serbest yağ dokusu grefti getirilmesi de tanımlanmıştır.^[10,11] Son yıllarda uterovezikal fistül onarımı için laparoskopik fistül onarımı, robotik cerrahi ile fistül onarımı ve tek port laparoskopik cerrahi ile fistül onarımı gibi minimal invaziv yöntemler bildirilmiştir.^[12,13]

Uterovezikal fistül tanısının hemen doğumdan sonra konulması durumunda konservatif tedavi yöntemi uygulanabileceği ve seçilmiş vakalarda erken cerrahinin de başarılı sonuçları literatürde bildirilmiştir.^[2] Cerrahi sonrası dönemde kontrol edilemeyen ağrıları olan hastalar ile geniş boyutlu fistülü olan hastalarda erken dönemde cerrahi tedavi düşünülebilir.^[2]

Uterovezikal fistül onarımı sonrasında hastaların fertiliteleri devam edebilmektedir ve literatürde cerrahi sonrası sağlıklı gebelik bildirilmiştir.^[10] Her ne kadar fistül rekürrens riski taşısada, fistül onarımı sonrası oluşan gebeliklerde sezaryenle doğum önerilmektedir.^[4] Bizim olgumuz bir daha gebe kalmak istemediği için hastaya kendi isteğiyle fistül onarımıyla eşzamanlı olarak bilateral tüp ligasyonu da yapıldı.

Uterovezikal fistüller genellikle istmus üzerinde veya servikste lokalize olmaktadır ve granülasyon dokusu, kronik enflamatuvar hücreler ile fibröz dokudan meydana gelmektedirler. Bizim sunmuş olduğumuz olguda fistül istmus üzerinde lokalizeydi ve patolojik incelemesinde konjesyon ve kronik inflamasyon bulguları tanımlanmaktadır.

Obstetrik cerrahilerden önce mesanenin boşaltılması, cerrahi kurallara titizlikle uyulması ve alt segment uterus diseksiyonlarının dikkatli yapılması uterovezikal fistül oluşum riskini en aza indirmektedir.^[1,4]

Özellikle jinekolojik ve obstetrik operasyonlar olmak üzere pelvik cerrahiler sonrasında genitouriner fistüller meydana gelebilir. Tekrarlayan jinekolojik ameliyatlara ve mükerrer sezaryen ameliyatları uterovezikal fistül oluşumu riskini arttırmaktadır. Sezaryen sonrası meydana gelen sıklık hematürilerde uterovezikal fistüller akla gelmelidir. Hem erken tanıyla beraber uygulanan erken cerrahilerin hem de geç saptanan olgularda uygulanan cerrahilerin başarı şansı yüksektir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.Ş.B., M.L.E.; Design - M.Ş.B., M.L.E.; Supervision - M.L.E.; Funding - M.D., A.K.; Materials - M.Ş.B., M.D.; Data Collection and/or Processing - M.Ş.B.; / Analysis and/or Interpretation - M.Ş.B., M.L.E., A.K.; Literature Review - M.Ş.B.; Writer - M.Ş.B., M.L.E.; Critical Review - M.Ş.B., M.L.E., M.D., A.K.; Other - M.Ş.B., M.L.E., M.D., A.K.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.Ş.B., M.L.E.; Tasarım - M.Ş.B., M.L.E.; Denetleme - M.L.E.; Kaynaklar - M.D., A.K.; Malzemeler - M.Ş.B., M.D.; Veri Toplanması ve/veya işlenmesi - M.Ş.B.; Analiz ve /veya yorum - M.Ş.B., M.L.E., A.K.; Literatür Taraması - M.Ş.B.; Yazıyı yazan - M.Ş.B., M.L.E.; Eleştirel İnceleme - M.Ş.B., M.L.E., M.D., A.K.; Diğer - M.Ş.B., M.L.E., M.D., A.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Rao MP, Dwivedi US, Datta B, Vyas N, Nandy PR, Trivedi S, et al. Post caesarean vesicouterine fistulae Youssef syndrome: our experience and review of published work. ANZ J Surg 2006;76:243-5. [\[CrossRef\]](#)
2. Bettez M, Breault G, Carr L, Tu le M. Early versus delayed repair of vesicouterine fistula. Can Urol Assoc J 2011;5:E52-5. [\[CrossRef\]](#)
3. Karaltı MO, Tınar Ş, Öztürk NT, Öztekin DC. A case with vesicouterine fistula: mini review. Arch Gynecol Obstet 2012;285:667-70. [\[CrossRef\]](#)
4. Porcaro AB, Zicari M, Zecchini Antonioli S, Pianon R, Monaco C, Migliorini F, et al. Vesicouterine fistulas following cesarean section: report on a case, review and update of the literature. Int Urol Nephrol 2002;34:335-44. [\[CrossRef\]](#)
5. Fenkei IV, Demirbaş M, Oztekin O. Sonohysterography in evaluation of Youssef's syndrome. Int Urogynecol J 2010;21:607-8. [\[CrossRef\]](#)
6. Goel A, Goel S, Singh BP, Sankhwar SN. Cystographic images of Youssef syndrome: flower on top of the bladder. Urology 2012;79:e69-70. [\[CrossRef\]](#)
7. Abou-El-Ghar ME, El-Assmy AM, Refai HF, El-Diasty TA. Radiological diagnosis of vesicouterine fistula: role of magnetic resonance imaging. J Magn Reson Imaging 2012;36:438-42. [\[CrossRef\]](#)

8. Shanmugasundaram R, Gopalakrishnan G, Kekre NS. Youssef's syndrome: Is there a better way to diagnose? *Indian J Urol* 2008;24:269-70. [\[CrossRef\]](#)
9. Eogan M, McKenna P. Conservative management of a traumatic uterovesical fistula ('Youssef's syndrome'). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;110:114-6. [\[CrossRef\]](#)
10. Issa MM, Schmid HP, Stamey TA. Youssef's syndrome: preservation of uterine function with subsequent successful pregnancy following surgical repair. *Urol Int* 1994;52:220-2. [\[CrossRef\]](#)
11. El-Lateef Moharram AA, el-Raouf MA. Retropubic repair of genitourinary fistula using a free supporting graft. *BJU Int* 2004;93:581-3. [\[CrossRef\]](#)
12. Garza Cortés R, Clavijo R, Sotelo R. Laparoscopic treatment of genitourinary fistulae. *Arch Esp Urol* 2012;65:659-72.
13. Abdel-Karim AM, Elmissiry M, Aboufotouh A, Moussa A, Elsalmy S. Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) and conventional laparoscopic extravesical repair of vesicouterine fistula: single-center experience. *Int Urol Nephrol* 2013;45:995-1000. [\[CrossRef\]](#)