

Vezikovaginalne fistule Vlastito iskustvo i princip liječenja

Ruder Novak, Ognjen Kraus i Zoran
Božić

Klinika za urologiju Kliničke bolnice »Dr. Mladen
Stojanović«, Zagreb

Stručni rad
UDK 618.15 – 002.3 – 089
Prispjelo: 18. listopada 1988.

Autori iznose vlastiti stav u liječenju vezikovaginalnih fistula koje danas nastaju prvenstveno kao posljedica ginekoloških operacija. Oni se zalažu za suprapubični pristup zbog toga jer je vagina prethodnim ginekološkim postupkom ožiljno promijenjena, jer je suprapubični pristup pregledniji i dozvoljava opsežnu mobilizaciju tkiva do u zdravo.

Princip tehnike je stvaranje dvaju reznjeva mjehura, od kojih jedan poput ploče prekriva šav na vagini.

Prikazano je 13 slučajeva liječenih kroz 5 godina, s potpunim izlječenjem u 10 slučajeva (76.9%), od kojih 7 u prvom, a 3 u drugom pokušaju. Karcinomske fistule daju izrazito loše rezultate.

Ključne riječi: vezikovaginalne fistule.

Vezikovaginalna fistula je poznata odavna, a operativna korekcija već 100 godina izaziva kirurge, ginekologe i urologe. Prvi je opis ovog, za bolesnika nesnosnog stanja, a za operatera često nerješivog problema, otkriven u pismima Hindu medicine 800–600 godina prije naše ere. Prvo poznato uspješno zatvaranje vezikovaginalne fistule izvršio je FATIO u Baselu, 1752 godine, no tek je Marion Sims, sto godina kasnije (1852. godine), razradio principe tehnike. Napominjem da američka literatura, ignorirajući obično sve što nije nastalo u Americi, pogrešno citira Simsa kao prvog koji je nakon 29 prethodnih pokušaja, operirao vezikovaginalnu fistulu, i to jednoj crnačkoj ropkinji^{2,6}.

Vezikovaginalne fistule su ranije pretežno nastajale prilikom poroda i opstetričkih zahvata. Danas su one u prvom redu posljedica ginekoloških operacija, dok je na drugom mjestu po čestoci prodor cervikalnog karcinoma u mjehur, a tek na trećem opstetrična trauma. Fistula nastaje zbog otežanog zatvaranja vagine prilikom histerektomije, preoperativnog zračenja i infekcija rane.^{1,5,7,8}

Simptomatologija vezikovaginalne fistule je, kao što i znamo, inkontinencija: bolesnica je permanentno mokra. Karakteristično je, međutim, za postoperativne fistule da se inkontinencija manifestira tek nekoliko dana poslije operacije.^{1,4}

Dijagnoza je u pravilu laka, a dijagnostički postupak ide, prije svega, za diferencijacijom prema »stress« inkontinenciji i ureterovezikalnoj fistuli. Prvo se eliminira eksploracijom vagine za vrijeme punjenja mjehura, a drugo s metilenskim plavilom u mjehuru i čistom gazom u vagini: obojena gaza ukazuje na vaginalnu, a čista na ureteralnu fistulu. Cistoskopija ima svrhu da odredi lokalizaciju i veličinu fistule, te njen odnos prema sfinkteru i ureteralnim ušćima, dok i.v. urografija pokazuje možebitno sudjelovanje uretera u fistuli.^{1,3}

TAKTIKA I TEHNIKA OPERACIJE

Optimalno vrijeme od postanka fistule, odnosno posljednjeg pokušaja rekonstrukcije, ako se zatvaranje ne vrši odmah, jeste 3–6 mjeseci. Toliko je vremena potrebno za eliminaciju infekta, resorpciju ožiljka i uspostavljanje lokalnih vaskularnih komunikacija.^{1,2,6,7}

Kirurški pristup uveliko ovisi o afinitetu operatera, budući da su rezultati podjednaki za oba pristupa.³ Ima faktora koji ipak diktiraju operativnu taktiku. Poznato je na primjer, da urolog najčešće dobija bolesnika nakon neuspjelog pokušaja ginekologa. Kako taj u pravilu operira vaginalnim putem, ožiljno suženje vagine daje prednost suprapubičnom pristupu.⁷ Sigurno je, međutim, da je prednost va-

ginalnog pristupa u manjem riziku, bržem oporavku, lakšem postoperativnom toku i kraćoj hospitalizaciji; otežan pristup nastoji se izbjeći Schultheissovom rezom.^{2,5,8}

Suprapubična je operacija sigurno indicirana u svim slučajevima koji traže široki pristup i izdašnu mobilizaciju tkiva, a to su 1. visoka lokalizacija, 2. veliki promjer fistule i 3. sudjelovanje uretera u fistuli.⁶ Sve drugo, kako je već spomenuto, pitanje je afiniteta operatera, uz napomenu da je suprapubični pristup logičniji kod recidivnih fistula, te uske i dugačke vagine.^{2,5,9} Bez obzira na pristup, osnovu svake tehnike čini ekscizija fistule, široka mobilizacija do u zdravo tkivo, a linija šva na oba sloja (stijenke vagine i stijenke mjehura) ne smiju se pokrivati.^{1,2,5,7} Ovakvom tehnikom postiže se danas i do 93% izlječenja, uz napomenu da fistule s predisponirajućim faktorima (preoperativno zračenje) daju slabije rezultate. Napominjemo, konačno, da prodor cervikalnog karcinoma u mjehur nalaze supravazikalnu derivaciju sa ili bez ekstenzivne pelvične kirurgije.

Na Klinici za urologiju Kliničke bolnice »Dr. Mladen Stojanović« koristi se gotovo isključivo suprapubični pristup (smatramo da je naziv »suprapubični« ispravniji nego »transvezikalni«, jer se operira transvezikalno, ekstravezikalno i transperitonealno).

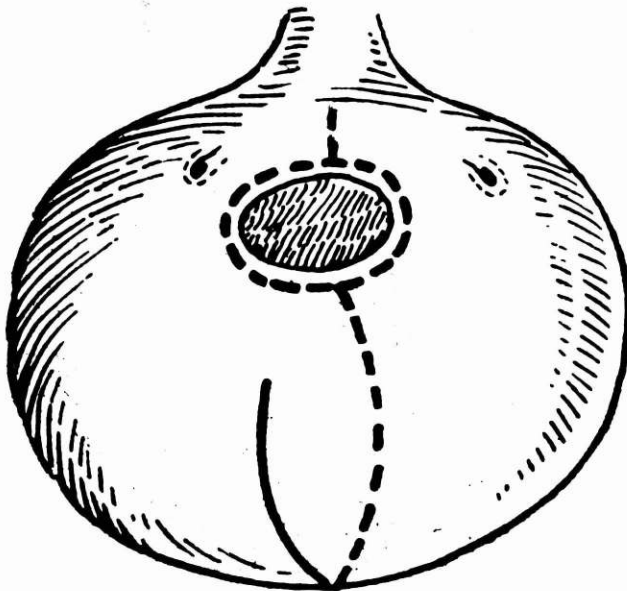
Stražnja se strana mjehura mobilizira sve do ožiljnog bloka dijelom ekstra, a dijelom transperitonealno. Nakon toga se mjehur uzdužno otvara. Oba se uretera identificiraju pomoću ureteralnih katetera. Prema straga incizija se produžuje sve do fistule, a zatim se razdvaja, obuhvaćajući vezikalni otvor fistule i nakon toga opet 1–2 cm produžuje prema naprijed (slika 1). Na taj se način mjehur pretvara u dva velika reznja (slika 2. i 3). Nakon izdašne mobilizacije obiju stijenki do u zdravo, fistula se i na vaginalnoj strani ekscidira (rubovi fistule osvježe), a zatim s neresorblijvim šavima zatvori. Na ovom mjestu Michalowski ne inzistira na zatvaranju stijenke vagine, jer je šav na tom mjestu problematičan, ali predlaže dobru drenažu prostora između mjehura i vagine da se izbjegne stvaranje urohematoma. Dren se u tom slučaju izvadi direktno kroz vaginalni otvor.⁵ Drugi, pak, autori predlažu egzaktno zatvaranje obaju slojeva, tamponirajući vezikovaginalni prostor omentumom.^{6,7} Na našoj se Klinici inzistira na egzaktnom zatvaranju obaju slojeva na njihovim zdravim rubovima: ako mobilizacija do u zdravo tkivo ne uspijeva, fistula nema izgleda na zatvaranje s drenažom, omentumom ili bez njih. Zatvaranje mjehura vrši se tako da baza reznja poput ploče pokriva suture vaginalne stijenke (slika 5. i 5). U izuzetno povoljnoj situaciji može se u tu svrhu koristiti vršak reznja (šije se dakako u dva sloja). Ovo je bitan dio operacije kojim se izbjegava međusobno pokrivanje linije šva na vagini i mjehuru. Mjehur se dalje zatvara na uobičajeni način (slika 5). Drenaža mje-

hura kateterom vrši se kroz 14 dana ako se radi o svježoj fistuli (operiranoj neposredno nakon ginekološke operacije). U slučaju kronične fistule, 4 i više mjeseci poslije operacije, kateter ostaje 3 sedmice, a prilikom opetovane operacije taj se rok produžuje.

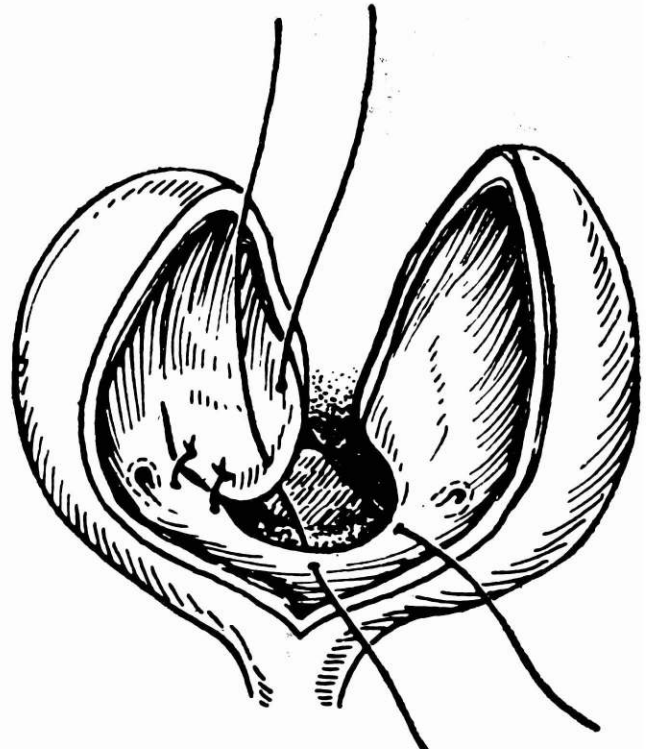
VLASTITO ISKUSTVO

U razdoblju od 5 godina, tj. od 1. 1. 1984. do 31. 12. 1988 godine na Klinici za urologiju operirano je 13 bolesnica zbog vezikovaginalne fistule.

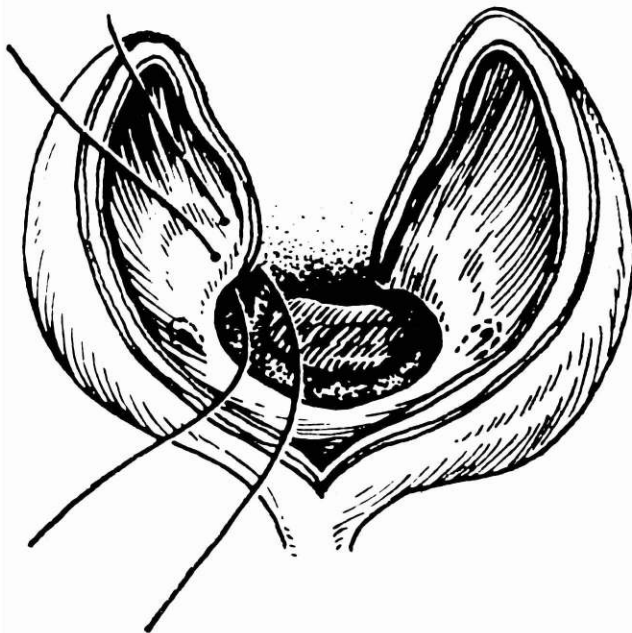
Osnovna bolest bila je u 4 slučaja ginekološki karcinom. Od ovih, tri su bolesnice operirane, pa je u njih neposredni uzrok fistule bila operacija, dok je u jedne karcinom spontano perforirao u mjehur. Sve 4 bolesnice bile su zračene prije ili poslije operacije. U 9 bolesnica fistula je nastala nakon ginekološke, a jedamput nakon obstetrične operacije (zbog nekarcinomske bolesti). U svih 9 bolesnica, izlječenje je u 6 postignuto prvom operacijom, a u 3 je operacija tijekom godine dana uspješno ponovljena (tablica 1). U svih 13



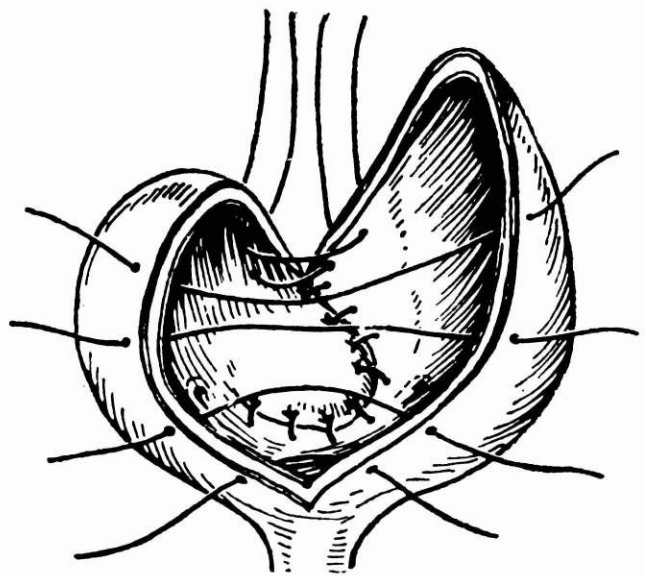
SLIKA 1.
Uzdužna cistotomija s ekscizijom fistule



SLIKA 3.
Režnjato prekrivanje šavi na vaginalnoj stijenci



SLIKA 2.
Uzdužno rascijepljen mjehur: polaganje prvih šavi na mje-
huru



SLIKA 4.
Režanj mjehura potpuno prekriva zatvorenu vaginalnu sti-
jenku

TABLICA 1.
PREGLED OPERIRANIH BOLESNICA ZBOG
VEZIKOVAGINALNE FISTULE

Osnovna bolest	Broj bolesnica	Primarna rekonstrukcija	Sekundarna oper.
Karcinom	4	Izliječena 1	Derivacija mokraće 3
Nekarcinomska bolest	9	Izliječena 6	Izliječena 3

bolesnica korištetna je kao primarna operacija suprapubič-
na tehnika, kako je to opisano. Deset bolesnica (76,9%) je
izliječeno, i to 7 prvom operacijom, a 3 drugom operacijom.

Kod 3 bolesnice operacija nije uspjela, a, kako je pri-
marna bolest bio karcinom, naknadno je izvršena definitiv-
na derivacija mokraće ureteroileostomijom ili ureterosig-
moidostomijom. Važno je naglasiti da je prilikom nekarci-
nomske bolesti postignuto sto postotno izliječenje. Napro-
tiv, u slučajevima gdje je karcinom bio osnovna bolest, od 4
bolesnice, 3 (75%) definitivno nisu izliječene.

ZAKLJUČAK

Prema našem mišljenju suprapubični pristup ima pred-
nost pred vaginalnim, i to iz slijedećih razloga:

1. Vagina je u većini slučajeva, barem na našem materijalu, ožiljno promijenjena uslijed prethodnih ginekoloških zahvata, a najčešće zbog (ginekološkog) pokušaja rekonstrukcije fistule. Ožiljno sužena vagina otežava manipulaciju i isključuje široki pristup i mobilizaciju tkiva.

2. Suprapubični pristup omogućuje eksploraciju obaju uretera, njihovo lociranje i preventivno kateteriziranje, a posebno rješavanje ožiljkom obliteriranog ili, dapače, u fistulu involviranog uretera. Govoreći o prednostima suprapubičnog pristupa, ne smije se zaboraviti da je pitanje pristupa u krajnjoj konsekvenci i pitanje afiniteta operatera: nesumnjivo je urologu bliži mjehur od vagine!

Na kraju, suprapubični pristup otkriva i eventualne rezidue ili recidiv karcinoma, što nalaže supravezikalnu derivaciju, a ne rekonstrukciju. Kao što se i iz našeg materijala vidi, karcinomska bolest kao posredni ili neposredni uzrok fistule daje vrlo loše rezultate. Naš je zadatak bio od vremena Trendelenburga, da bolesniku, ako već ne možemo pomoći, našom terapijom ne uzrokuje još veću štetu.

LITERATURA

1. Everett HS, Williams TJ. Vesicovaginal Fistulas. U: Campbell, MF Harrison JH. Urology, Saunders, Philadelphia, London, Toronto, 3 izd 1978; 200-1.
2. Krieger JS, Stewart BH. Repair of Genitourinary Fistulas. U: Stewart BH. Operative urology, Williams a. Willkins, Baltimore/London, 1982; 113.
3. Küss R, Chatelain C. Une technique de cystoplastie par lambeau dans le traitement des vastes fistules vesico-vaginales. Mem Acad Chir 1965; 91:142.
4. Lewis EC. Urology in woman, 54, London: Bailliere, Tiddall and Cox, 1936.
5. Michalowski E, Modelski W, Klesy B. Die Behandlung der nach Uterusexstirpation entstandenen Blasenscheidenfisteln. Ztschr Urol 1968; 61 (11):805.
6. O'Conor VJ jr. Urinary vaginal fistula. U: Glenn JF. Urologic Surgery, Harper a. Row, Hagerstown, 2 izd., 1975; 775.
7. O'Conor VJ jr, Sokol JK, Bulkley GJ, Nanninga JB. Suprapubic closure of vesicovaginal fistula. J Urol 1973; 109:51.
8. Tancer L. The post-total hysterectomy vesico-vaginal fistula. J Urol 1980; 123:839.
9. Zimman, L, Libertino JA. Technique of Transvesical Repair of the Vesicovaginal Fistula. U: Libertino JA, Zimman, L. Reconstructive Urologic Surgery, Williams a. Wilkins, Baltimore, 1977; 227

Abstract

VESICOVAGINAL FISTULAS (THE PRINCIPLES OF TREATMENT, OUR OWN EXPERIENCE AND RESULTS)

Ruder Novak, Ognjen Kraus and Zoran Božić
Clinic of Urology, Clinical Hospital »Dr. Mladen Stojanović«, Zagreb

Today, vesicovaginal fistulas are mostly caused by gynecological operations. Due to vaginal scars resulting from previous operations, suprapubic access is suggested in the treatment, because it gives better control of the operative field and better possibility for tissue mobilisation. The ba-

sic principle of the operative technique is covering of the vaginal suture with a bladder flap.

Thirteen cases are presented, treated in a five-year period. In 10 cases the total success was achieved (76.9%), i.e. in 7 cases after the first and in 3 cases after the second operation. Three out of four carcinomatous fistulas received a recurrence of the fistula and a definite suprapubic urinary diversion was performed.

Key words: vesicovaginal fistula

Received: October 18th, 1988