

URETHROVAGINAL AND VESICOVAGINAL FISTULAS: COMPARISON OF REPARATION METHODS

ERSAY, A.*, BAYHAN, G.**, YALINKAYA, A.**, AKAY, F.*

ÖZET

Bu çalışmanın amacı vezikovajinal ve üretrovajinal fistüllü olgularda etyolojik nedenleri belirlemek, etyolojik faktörlerin transvezikal ve transvajinal onarım yöntemlerinin seçiminin fistül traktı eksizyonu gibi teknik yaklaşım farklılıklarını ve operasyon zamanlamasının cerrahi başarı üzerine etkilerini araştırmaktır.

Son beş yıllık dönem içinde 4'ü üretrovajinal, 18'i vezikovajinal olmak üzere 22 ürogenital fistüllü hasta retrospektif değerlendirilmiştir. Olgularımızın 14'ünde (%63.6) fistül traktları eksize edilerek transvezikal yaklaşım uygulanmış, 4'ü üretrovajinal fistüllü olmak üzere 8 olguda (%36.3) transvajinal onarım fistül traktı eksize edilmeksizin uygulanmıştır. Dört üretrovajinal fistüllü olgu Martius flep transpozisyonu ile, 4 vezikovajinal fistüllü olguda onarımlar peritoneal ve omental transpozisyon ile desteklenmiştir.

Olgularımızın tümünde obstetrik travma en sık etyolojik faktör olarak belirlenmiştir (%59). Transvezikal onarımlarda başarı oranı %78.6, transvajinal onarımlarda başarı oranı ise %75'tir ($p>0.05$). Operasyon başarıları fistül traktı eksizyonu ile ilişkilendirilememiştir. Operasyon zamanlaması konusunda erken ve geç onarım başarıları sırasıyla %92.3 ve %75 olarak tespit edildi ($p>0.05$). Yedi ayı aşan gecikmiş onarımlarda %40 başarı elde edildi.

Transvajinal ve transvezikal onarım yöntemlerinin seçimi, fistül traktı eksizyonu ve dört ile yedi aya kadar bekleme periyodu seçimi onarım başarısını etkilememektedir.

ABSTRACT

The purpose of the study is to investigate the effect of etiological factors, surgical approach, excision of fistula tract and operation timing on surgical outcome in patient with vesicovaginal and uretrovaginal fistula.

During last 5 years, 22 women with lower genitourinary fistula have been evaluated retrospectively. Four patients had urethrovaginal fistula and 18 had vesicovaginal fistula. Fourteen patients underwent transvesical fistula closure with fistula tract excision, 8 patients including 4 urethrovaginal fistula cases underwent surgical closure via transvaginal approach without fistula tract excision. Primary closure has been supported by Martius flap and peritoneal or omental transposition in 4 patients with urethrovaginal fistula and 4 patients with vesicovaginal fistula respectively.

The majority of fistulas were due to obstetric injury (59%), especially prolonged obstructed labor. Transvesical fistula closure was successful in 78.6% of the patients; similarly, the success rate of transvaginal approach was 75%. Surgical approach or fistula tract excision did not effect surgical success. The timing of reparation did not appear to have a significant impact on the outcome of the operation. However, in the patients who had waiting period longer than 7 months successful repair rate was as lower as 40%.

ANAHTAR KELİMELEER: Vezikovajinal fistül, üretrovajinal fistül, onarım yöntemleri

KEY WORDS: Vesicovaginal fistulas, urethrovaginal fistulas, reparation methods

Dergiye geliş tarihi: 21.06.1999

Yayına kabul tarihi: 13.07.1999

* Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D./DİYARBAKIR

** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D./DİYARBAKIR

GİRİŞ

Vezikovajinal fistüller gelişmekte olan ülkelerde obstetrik travma, sanayileşmiş ülkelerde ise sıklıkla jinekolojik cerrahi girişim, radyoterapi ve genital kanserlere bağlı olmak üzere gelişirler¹. Üretrovajinal fistüllerin etyolojisinde ise pelvis fraktürü, obstetrik travma, vajinal cerrahi girişimler (üretral divertikolotomi, anterior vajinal onarım) ve radyoterapi sayılabilir^{2,3}. Literatür gözden geçirildiğinde bazı otörlerin vajinal⁴⁻⁸, bazılarının da abdominal girişimleri⁹⁻¹⁴ daha ön plana aldıkları görülmektedir.

Çoğu kez uygulanacak yöntem kişisel tercihlere ve cerrahın deneyimlerine bağlı olarak seçilmekle birlikte, yöntem seçimi de tıpkı operasyon zamanlaması gibi tartışmaya açık bir konudur. Erken¹⁵⁻¹⁷ ve geç¹⁴⁻¹⁶ onarımı savunanlar olduğu kadar operasyon zamanı hakkında esnek davranılması gerektiğini bildiren çalışmalar vardır^{8,11,14}. Diğer bir tartışmalı konu, onarım sırasında fistül traktının eksize edilmemesi gerekliliğidir. Bu görüşün yandaşları olduğu kadar karşıtları da vardır^{1,6,14,15,17}.

Operasyon teknikleri incelendiğinde başlangıçtaki yıllarda daha çok abdominal yaklaşım ön planda iken, son yıllarda transvajinal yol tercih edilmektedir. Fistül traktına belirgin indurasyon ile birlikte fistülün çapının 2 cm'i geçtiği olgularda daha çok abdominal yaklaşım tercih edilirken, hastanın tercihi de operasyon tecrümemiz seçiminde yol gösterici olabilir. Preoperatif olarak sistoskopi ve pelvik muayene anatomik defektin yerini, birden fazla fistülün, akut enflamasyonun olup olmadığının ve flep kullanma ihtiyacının gözden geçirilmesinde önemli yere sahiptir. Literatürde tartışmalı konularda 22 olguluk deneyimlerimizi, tercihlerimizi ve uyguladığımız yöntemlerin başarılarını bu çalışmada sunduk.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kasım 1995 ile Nisan 1999 yılları arasında sürekli idrar kaçırma yakınmalarıyla başvuran 22 hastanın muayenesi sonrası 4 hastada ureterovajinal fistül, 18 hastada ise vezikovajinal fistül tanısı konulmuştur. Hastaların tümüne vajinal

muayene sonrasında sistouretroskopi yapılmış, ayrıca üst üriner sistemi kontrol etmek amacıyla tüm olgulara intravenöz ürografi uygulanmıştır. Beraberinde üriner enfeksiyon olup olmadığını saptamak amacıyla tam idrar, idrar kültürü ve antibiogramı yapılmış, uygun antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. Üriner enfeksiyon tespit edilmeyen olgulara ise Seftriakson 1 g/gün İV operasyon öncesinde başlanmıştır. Tüm olgulara operasyon öncesi jinekolojik muayene ve pelvik ultrasonografi yapılarak vajinal simirleri alınmış ve jinekolojik bir malignite olup olmadığı araştırılmıştır.

Cerrahi teknik:

Transvajinal yaklaşım: Litotomi pozisyonunda sistoskopi eşliğinde bilateral üreteral double-J kateter uygulanan hastalarda vajinal introitusun dar ve fistülün proksimalde olduğu olgularda lateral epizyotomi uygulanarak cerrahi görüş alanı, fistül traktından geçirilen foley ya da fogarti kateter traksiyonu ile de cerrahi alanın operatöre yakınlığı maksimum seviyeye çıkartıldı. Anterior vajinal duvarda fistül traktı etrafında 3-5 mm vajinal mukoza کافی bırakılacak şekilde çevresel bir insizyon yapılarak fistül traktı minimum diseksiyon ile eksizyon yapılmaksızın 3/0 poliglikolik asit invert edici tek sütürlerle 2 kat üzerinden kapatıldı (vajinal mukoza ve perivezikal fasiyal tabakalar). Anterior vajinal duvarda oluşturulan ters U ya da J insizyonla oluşturulan vajinal mukozal flep ile vajinal mukozal defekt 3/0 poliglikolik asit tek sütürlerle onarıldı. Vajinal tampon postoperatif 1. günde, üretral kateter 7. günde suprapubik sistostomi 14 ile 21. günler arasında kontrol sistografisi sonunda çıkartıldı. Üretrovajinal fistüllü olgularda primer onarım Martius flep transpozisyonu ile desteklendi⁵.

Transvezikal yaklaşım: Hasta supin pozisyonunda mesane anteriorunda 6 cm'lik vertikal sistostomi açıldı. Üreterler 6F feeding tüp ile kateterize edildi. Üreteral orifislerden kaçınılarak fistül diseksiyonu yapıldı ve fistül traktı eksize edildi. Vajina ve mesane 4/0 ve 3/0 poliglikolik asit tek sütürlerle ikişer kat üzerinden kapatıldı. Supratrigonal geniş fistüllerde vertikal insizyon fistül traktına kadar uzatılarak mesane bilvalv şeklinde açıldı (O'Connor tekniği)^{12,13,19}. Sonrasında mesane ve vaginal duvar

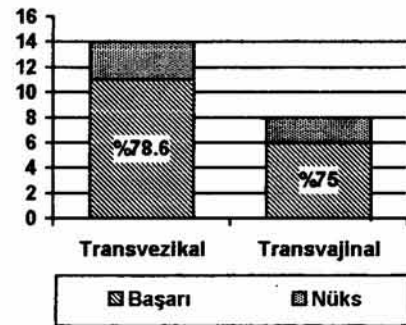
arasına omentum majus ya da paryetal peritoneal flep transpoze edildi. Üretral kateter 7. günde, sistostomi 14. günde çekildi.

İstatistiksel olarak karşılaştırmada düzeltilmiş ki-kare ve Mann Whitney U testi kullanıldı. $P < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Fistül saptanan hastalarımızın tümünde obstetrik travma %59 oranı ile en sık etiyolojik faktör olarak belirlenmiştir. İkinci sıklıkla jinekolojik operasyonlara bağlı travmalar gelmektedir. Transvezikal yolla onarım yapılan 14 olgunun ortalama yaşı 34.7 (27-44 yaş) yılı. Olguların altısı vajinal doğum, beş tanesi total abdominal histerektomi (TAH), ikisi vajinal histerektomi (VH), ikisi sezaryen sonrası gelişmişti. Fistül gelişikten sonra ortalama başvuru zamanı 4,7 ay (3-10 ay) idi. Olguların 7'sinde idrar kültüründe bakteriüri saptandı ve antibiogram yapılarak uy-

(Şekil 1). Olguların demografik verileri, etyoloji, fis-tül tipi ve lokalizasyonları, onarım şekilleri ve izlem süreleri Tablo 1.'de görülmektedir. 8,12,13 ve 14 nolu olgulara da fistül genişliği ve skar dokusu geniş olduğundan dolayı transvezikal onarım ile birlikte peritoneal flep ya da o-



Şekil 1. Transvezikal ve transvajinal onarımlarda başarı oranları

No	Yaş	Etyoloji	Fistül süresi(ay)	Fistül Lokalizasyonu ve çapı	İdrar kültürü	Operasyon	İzlem (ay)	Sonuç
1	27	VZD	4	Her iki üreter orifis gerisinde 0.5 cm orta hatta	E.aerogenez	Transvezikal	38	Şifa
2	25	VZD	4	İnterüretral lig gerisinde 1.5 cm	-	Transvezikal	36	Nüks
3	29	VZD	7	İnterüretral lig gerisinde 1.5 cm	-	Transvezikal	38	Nüks
4	31	VZD	10	İnterüretral lig gerisinde 1 cm	-	Transvezikal	24	Nüks
5	28	VZD	3	Trigonda 0.5 cm	-	Transvezikal	38	Şifa
6	29	VZD	7	İnterüretral lig gerisinde 1.5 cm	E.Coli	Transvezikal	42	Şifa
7	42	VH	6	2 adet 0.5 cm sağ orifis lateralinde	-	Transvezikal	39	Şifa
8	30	TAH	4	Sol üreter gerisinde 2.5 cm	E.Coli	Transvezikal+omental flep transpozisyonu	28	Şifa
9	40	TAH	3	Trigonda 0.5 cm	-	Transvezikal	30	Şifa
10	40	Sezeryan	4	Sol orifis medialinde 0.5 cm	E.Coli	Transvezikal	13	Şifa
11	44	Sezeryan	4	İnterüretral lig üzerinde 2.5 cm	E.Coli	*Transvezikal	32	Şifa
12	40	Sezeryan	3	Sol orifis gerisinde 3 cm	-	Transvezikal onarım+peritoneal flep transpozisyonu	36	Şifa
13	33	TAH	4	İnterüretral lig üzerinde 2.5 cm	E.Coli	Transvezikal onarım+peritoneal flep transpozisyonu	42	Şifa
14	29	TAH	3	Sağ orifis gerisinde 3 cm	-	Transvezikal onarım+peritoneal flep transpozisyonu	29	Şifa

Tablo 1. Transvezikal onarım yapılan primer vezikovajinal fistül olguları

TAH: Total abdominal histerektomi, VH: Vajinal histerektomi, VZD: Vajinal zor doğum

gun antibiyotik tedavisi başlandı. Olgular ortalama 39,8 ay (24-59 ay) izlendi. Olguların üçünde nüks görüldü (%21,4), 11 olguda başarı sağlandı

mental flep traspozisyonu uygulandı. Bu olgular daha önce başarısız vajinal onarım denenmiş olguları. Bu olguların birisi 3 ay önce sezeryan

operasyonu sonrası, üçü ise uterus rüptürü nedeniyle 3 ve 4 ay önce TAH operasyonu sonrasında gelişmişti. Ortama 33,7 ay (29-42 ay) izlendi ve nüks görülmedi (Tablo 1). Vajinal zor doğumlar ve sezeryan sonrası gelişen 9 olgudaki fistüllerde yapılan onarımlarda 3 nüks görülürken (%66,6 başarı) jinekolojik operasyonlar sonrası gelişen 5 olguda yapılan onarımda ise nüks görülmedi ($p<0,05$).

Sekiz olguya transvajinal onarım yapılmıştır. Olguların özellikleri Tablo 2'de izlenmektedir. Bu olguların yaş ortalaması 35,8 (29-49) yıl idi. Olguların dördü üretrovajinal fistül tanısı alarak opere edilmiş. Martius flep onarımı yapılmıştı. Etyolojilerine baktığımızda 4 olgunun vajinal zor doğumu takiben, 3 olgunun TAH sonrası, 1 olgunun da vajinal histerektomi sonrası geliştiğini gördük. Bu grupta nüks görülen iki olgu da obstetrik travma etyolojili ve üretrovajinal fistüllü olguları (%25 nüks). Üretrovajinal fistül nedeniyle opere edilen hastaların ortalama yaşı 38,25 (31-45 yaş) yılı. Üretrovajinal fistül olgularının tümü obstetrik girişimler sonucu gelişmişti. Transvajinal opere edilen olgu grubundaki iki olgu nüks fistül oluşu-mu ile bize başvurma süresi ortalama 15,75 yıl (3-25 yıl) dı. 4 nolu olgu dışındaki olgular primer olarak bize başvurdu ve opere edildi. 4 nolu olguya fistül gelişiminden 3 ay sonra trasvezikal onarım yapılmış ve başarılı olmaması üzerine 15 yıl sonra bize başvurmuştu. Olguların hepsi ekonomik nedenlerle daha önce operasyon için başvurmuşlardı. Tablo 2.'de olguların özellikleri ve sonuçları verilmiştir. 5 ve 8 nolu Martius flep onarımlı üretrovajinal fistüllü olgular erken dönemde nüks göstermiştir. 7 nolu hastada 6. ayda geceleri tamamen kuruluk sağlansa da stres

inkontinans tespit edilmesi üzerine pelvik taban ekzersizi önerildi ve hastanın daha sonra yakınmaları azaldı.

Trasvajinal ile transvezikal onarım yapılan olgular karşılaştırıldığında başarı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$).

Fistül çapı 1,5 cm'den küçük olgularımızda fistül onarımı %72,7 oranında başarı ile gerçekleştirilmiştir. Fistül çapı 1,5 cm'den büyük 5 olgumuzun tümünde operasyon başarılı olmuştur.

TARTIŞMA

Ürogenital fistüller jinekolojik obstetrik girişimler sonrası gelişebilen en can sıkıcı komplikasyonlardan birisidir. Hasta ve cerrah için doğurduğu emosyonel stres, konservatif tedavi ile düzelme şansının düşük oluşu nedeni ile daima yüksektir. Kliniklerimizde bu çalışma vezikovajinal ve üretrovajinal fistüllerin tedavisi için tartışmalı konularda kendi deneyimlerimizi yansıtmaktadır. Son beş yılda fistül tanısı konularak opere edilen 22 olgu incelendi. Etyolojik nedenlere bakıldığında en sık obstetrik nedenler (%59,09), en sık kullanılan cerrahi yaklaşım olarak trasvezikal onarımın (%63,63) olduğunu görmekteyiz. Olguların çoğu primer olup operasyonlarda genel başarı oranımız %77,27 oldu.

Vezikovajinal fistüllerin onarımında iki temel noktada tartışma vardır: Operasyon zamanı ve vajinal veya abdominal yaklaşım seçimi. Literatür incelendiğinde onarımın 1-3 ay gibi erken^{15,16,17} ve 2-4 gibi daha geç^{14,15,16} zamana bırakılmasını savunan ekoller bulunmaktadır. Serimiz incelen-

No	Yaş	Etyoloji	Fistül tipi	İnterval	Fistül lokalizasyonu	İdrar kültürü	Onarım şekli	Takip süresi (ay)	Sonuç
1	36	TAH	VV	3 ay	Trigonda 1 cm	E.Coli	Transvajinal	36	Şifa
2	32	VH	VV	5 ay	Trigonda 1 cm	-	Transvajinal	41	Şifa
3	29	TAH	VV	4 ay	Trigonda 1,5 cm	-	Transvajinal	43	Şifa
4	33	TAH	VV	4 ay	İnterüteral lig gerisinde 1 cm	E.Coli	Transvajinal	39	Şifa
5	31	VZD	ÜV	3 yıl	-	-	Martius flep	51	Nüks
6	38	VZD	ÜV	20 yıl	-	-	Martius flep	40	Şifa
7	49	VZD	ÜV	25 yıl	-	-	Martius flep	30	Stres İncontinans
8	39	VZD	ÜV	15 yıl	-	-	Martius flep	29	Nüks

Tablo 2. Transvajinal onarım yapılan olguların özellikleri

TAH: Total abdominal histerektomi, VH: Vajinal histerektomi, VZD: Vajinal zor doğum, VV: Vezikovajinal, ÜV: Üretrovajinal

diğinde transvajinal onarım yapılan olgularımızda ortalama 4 ay (3-5 ay) beklenildiği, transvezikal onarım yapılan olgularda ise 4.2 ay (3-7 ay) beklenilmiştir. Operasyon zamanlaması konusunda erken ve geç onarım başarıları sırasıyla %92.3 ve %75 olarak tespit edildi ($p>0.05$). Yedi ayı aşan gecikmiş onarımlarda %40 başarı elde edildi.

Üretrovajinal fistüller genellikle ihmal edilmiş olgular olup ortalama 15 yıl gibi uzun bir zaman sonra bize başvurmışlardır. Bu olgularda Martius flep kullanarak yaptığımız onarımlarda başarı oranımız %50 olmuştur. Carr ve Webster ise Martius flebi tam kat cilt flebi olarak labium majustan serbestleştirerek gerçekleştirmiş ve 4 olguda %100 başarı sağlanmıştır²². Bu 4 olguda vajen epiteli uç uca getiremediği için araya cilt sütüre edilmiştir. Bu teknik ile tüm olgularda flepin alındığı bölgede duyarsızlık ve iki olguda vajen içinde kılınma saptanmıştır. Marglis ve arkadaşları martius flep ile onarımlarda başarı oranı %75 olarak bildirmişlerdir²³. Bizim başarı oranımız daha düşük gibi görünse de Carr ve Webster fistül sürelerini belirtmemiştir. Böylesi gecikmiş onarımlarda fistüle bağlı gelişen uzun süreli üriner enfeksiyon ve idrar temasına bağlı yerel doku maserasyonunun nüks oranını artırdığını düşünmekteyiz.

Tedavide açık cerrahi yöntemler endoskopik yöntemlere göre daha üstündür²⁴. Cerrahide kullanılan iki yöntem transvezikal ve transvajinal onarımlardır. Transvajinal yöntem daha kısa sürmeli, morbiditesinin azlığı nedeniyle daha avantajlıdır⁶. Ayrıca fistül onarımına destek olması için labiadan fibröz yağ dokusu (Martius flep), labianın tümüyle rotasyon flebi şeklinde getirilmesi (vajendeki geniş defekti kapatmak üzere vaskülarize fibröz yağ dokusu ve labial derinin kullanılması), gluteal derinin rotasyonel flep olarak kullanımı denenebilir^{6,9}. Biz vajinal onarım sırasında geniş fistülle karşılaşmadığımızdan cilt flepleri kullanmadık. Buna rağmen vajinal darlık gelişen gelişen hiçbir olgumuz olmadı. Üretrovajinal fistüllerde Martius flep kullandık.

Transvezikal onarımda iki teknik sık kullanılmaktadır. İlk teknikte mesane tabanı vertikal olarak açılır ve mesane duvarı fistül çevresinden

ayrılır ve kenarları serbestleştirilir. Mesane ve vajen ayrı ayrı kapatılır²⁵. Biz tek küçük ve trigonal fistüllerde bu yöntemi tercih ettik. Supratrigonal geniş fistüller O'Connor tekniğini tercih etmemizin nedeni mesane ve vajina diseksiyonlarının daha kolay olması ve doku transpozisyonuna olanak vermesidir¹³. Üç olgumuzda da fistül çapları geniş olduğu için peritoneal flep ve bir olgumuzda da omental flep ile fistül onarımını destekledik.

Literatür incelendiğinde fistül traktının eksize edilmesinin gereksiz ve tehlikeli bulanlar vardır. Bunlar küçük fistüllerin bu şekilde büyüdüğünü ve kapatma sırasında gerilmeye neden olarak başarısızlıkla son bulduğunu ileri sürmektedirler^{6,26}. Bir diğer dezavantajı fistülün eksizyonu ile kenarların kanamaya başlaması ve koagülasyon ile canlı mesane duvarının travmatize olmasına yol açmasıdır²⁷. Ayrıca üreteral orifice yakın fistüllerin eksizyonu üreterlerin hasarlanmasına neden olabilir^{6,26}. Biz transvajinal onarım yaptığımız olgularımızda fistül traktını çıkartırken transvajinal olguların hiçbirinde fistül traktını çıkarmadık. Transvezikal onarım olgularımızda %78,6 başarılı olurken, transvajinal onarım olgularımızda total başarı oranımız %75,0 idi. Transvajinal onarımların hiçbirinde fistül traktı eksizyonu yapılmadığından transvezikal onarımlarda da buna karşın tüm olgularda fistül traktı eksize edilen olgularla edilmeyen olguların başarı oranlarını da yansıtmaktadır. Verilerimiz göstermektedir ki uygun cerrahi teknik seçildiğinde özellikle obstetrik travma ağırlıklı serimizde fistül boyutlarının cerrahi başarıyı etkilememektedir.

Postoperatif dönemde transüretral ya da suprapubik direnaja yapılması konusunda görüş birliği yoktur. Elkins⁵ ve arkadaşları (postoperatif dönemde transüretral mesane direnajını 10-14 gün yapmışlar ve %70 başarı elde etmişlerdir). Tancer²⁰ 110 hastalık posthisterektomi sonrası oluşan fistül serisinde Foley kateteri birinci veya ikinci gün çekmiş ve hastalar postoperatif 3-5. günde tabucu edilirken başarı oranı %100 olmuştur. Biz olgularımızın hepsinde transüretral kateteri 7 gün kadar tutmayı tercih ettik. Bazı olgularda suprapubik sistostomiye 21.güne kadar tutmayı yeğledik.

1989-1994 yılları arasında yöremizde Korkmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre obstetrik travma vezikovajinal fistül olgularının %63.7' sini oluşturmakta idi²⁸. Emekçioğlu ve arkadaşlarının verilerine göre Orta Anadolu'da vezikovajinal fistüllü olguların içinde obstetrik travma etyolojisi oranı %42.8'dir²⁹. Bizim obstetrik travma olgularımızın %59' luk oranı Güneydoğu Anadolu bölgesinde antenatal izlem ve bakım şartlarının yetersizliği geleneksel doğum yöntemlerinden uzaklaşmamanın getirdiği olumsuzlukların günümüzde bile çarpıcı bir şekilde süregeldiğini göstermektedir.

Bu kısıtlı serimiz göstermektedir ki transvezikal ya da transvajinal yolla onarım kabul edilebilir ve birbirine yakın başarı oranları göstermektedir. Her ne kadar cerrahın kişisel tercihi belirleyici olsa da son yıllarda genel ürolojik uygulamalarda saptanan eğilime paralel olarak introitusu yakın trigonal ve subüretral fistüllerde vajinal yaklaşımı tercih edilmesi gerektiğine inanıyoruz. Supratrigonal geniş fistüllerde O'Connor yöntemi ile fistül onarımı ve peritoneal flep transpozisyonu mevcut cerrahi inziyonu genişletmeksizin iyi vaskülerize bir dokunun transpozisyonuna olanak vermektedir.

KAYNAKLAR

- Margolis T, Mercer JJ. Vesicovaginal fistula. *Obstet Gynecol Surv.* 12, 840-7, 1994
- Tanagho EA: Disorders of the Female Urethra in: Smith's General Urology, Edited by E.A. Tanagho and J.W. Mc. Aninch. Philadelphia: Prentice-Hall International Inc. Thirteenth edition, pp 608-615, 1992
- Devine CJ, Jordan GH and Schlossberg SM. Surgery of the Penis and Urethra in Campbell's Urology, Edited by P.C. Walsh A.B. Retik T.A. Stamey and E.D. Vaughan Sixth edition. Philadelphia, Saunders, Vol 3, pp 2957-3032, 1992
- Collins CG, Pent D and Jones FB. Results of early repair of vesico-vaginal fistula with preliminary cartilage treatment. *Am J Obstet Gynecol*, 80, 1005, 1960
- Elkins TE, DeLancy JO and McGuire EJ. The use of modified Martius graft as an adjunctive technique in vesicovaginal and rectovaginal fistula repair. *Obstet Gynecol*, 75, 727, 1990
- Raz S, Bregg KJ, Nitti VW, et al. Transvaginal repair of vesicovaginal fistula using a peritoneal flap. *J Urol*, 150, 56, 1993
- Tancer ML. The post-total hysterectomy (vault) vesicovaginal fistula. *J Urol*, 123, 839, 1980
- Wang Y and Hadley HR. Nondelayed transvaginal repair of high lying vesicovaginal fistula. *J Urol*, 144, 34, 1990
- Bissada NK and McDonald D. Management of giant vesicovaginal and vesicourethrovaginal fistulas. *J Urol*, 130, 1073, 1983
- Blandy JP, Badenoch DF, Fowler CG, et al. Early repair of iatrogenic injury to the ureter or bladder after gynecological surgery. *J Urol*, 146, 761, 1991
- Eisen M, Jurkovic K, Altwein J-E, et al. Management of vesicovaginal fistulas with peritoneal flap interposition. *J Urol*, 112, 195, 1974
- O'Connor VJ Jr. Review of experience with vesicovaginal fistula repair. *J Urol*, 123, 367, 1980
- O'Connor VJ Jr. Transperitoneal transvesical repair of vesicovaginal fistula with omental interposition. *AUA Update Series*, vol X, Lesson 13, 1991
- Wein AJ, Malloy TR, Carpinello VL, et al. Repair of vesicovaginal fistula by a suprapubic transvesical approach. *Surg Gynecol Obst.*, 150, 57, 1980
- Persky L, Herman G and Guerrier K. Nondelay in vesicovaginal fistula repair. *Urology*, 13, 273, 1979
- Kaetzel WC and Laube DW. Vaginal repair of vesicovaginal and urethrovaginal fistulas. In: *Gynecologic and Obstetric Urology*, 2nd ed. Edited by H.J. Buchsbaum and J.D. Schmitt. Philadelphia: W.B. Saunders Co, Chapt 21, pp 318-326, 1982
- Cruik SH. Early closure of posthysterectomy vesicovaginal fistulas. *South Med J*, 81, 1525, 1988
- Fourie T. Early surgical repair of post-hysterectomy vesicovaginal fistulas. *South Afr Med J*, 63, 889, 1983
- Blaivas JG, Heritz DM and Romanzi LJ. Early versus late repair of vesicovaginal fistulas: vaginal and abdominal approaches. *J Urol*, 153, 1110-1113, 1995
- Tancer ML. Observations on prevention and management of vesicovaginal fistula after total hysterectomy. *Surg Gynecol Obst*, 175, 501, 1992
- Latzko W. Postoperative vesicovaginal fistulas, genesis and therapy. *Am J Surg*, 58, 211, 1942
- Carr LK and Webster GD. Full-thickness cutaneous Martius flaps: A useful technique in female reconstructive urology. *Urology*, 48, 461, 1996
- Margolis T, Elkins TE, Seffah J, et al. Full-thickness martius grafts to preserve vaginal depth as an adjunct in the repair of large

- obstetric fistulas. Obstet Gynecol, 84, 148-152, 1994
- 24- Gerber GS, Schoenberg HW. Female urinary tract fistulas. J Urol, 149, 229, 1993
- 25- Phaneuf LE, Graves RC. Vesicovaginal fistula and its management. Surg Gynecol Obstet, 88, 155-169, 1949
- 26- Elkins TE, Drescher C, Martey JO, et al. Vesicovaginal fistula revisited. Obstet Gynecol, 72, 307-312, 1988
- 27- Zacharin RF. Obstetric Fistula. New York: Springer- Verlag, 1988
- 28- Korkmaz K, Bircan K, Öztürk O, Şahin H. Vezikovajinal fistül. Üroloji Bülteni, 6, 89-91, 1995
- 29- Ekmekçioglu O, Kenan B, Demirci D, Yılmaz U, Tatlışen A, Gülmez İ, Yirmi bir hastada vezikovajinal fistül onarım sonuçlarımız. Türk Üroloji Dergisi, 25, 81-83, 1999

III. CİNSEL SORUNLAR VE TEDAVİLERİ KONGRESİ

26-28 Kasım 1999, İstanbul Crowne Plaza Otel

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Engin Eker

Kongre Sekreteri
Dr. Cem İncesu

Düzenleyen
Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
&
Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği

Düzenleme Kurulu
Prof. Dr. A. Kayır, Dr. S. Madazlıoğlu, Doç. Dr. E. Özmen, Dr. Psik. U. Sezgin,
Doç. Dr. M. Sungur, Dr. D. Şahin, Dr. N. Yetkin, Prof. Dr. Ş. Yüksel

Bilimsel Kurul
Prof. Dr. K. Anafarta, Prof. Dr. T. Atasü, Prof. Dr. E. Bengisu, Prof. Dr. A. Bulut,
Prof. Dr. A. Ergen, Prof. Dr. H. Hatemi, Prof. Dr. H. Hattat, Prof. Dr. H. İlkova,
Doç. Dr. A. Kadioğlu, Doç. Dr. Ö.F. Saraçoğlu, Doç. Dr. H. Şatıroğlu, Dr. N. Uygur,
Prof. Dr. C. Ünlü, Prof. Dr. Ö. Yalçın, Prof. Dr. T. Yılmaz

Bilimsel Sekreterlik
Dr. Cem İncesu
Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Bakırköy - İstanbul
Tel: (0212) 543 65 65 / 553, 345 - 230 20 47 Faks: (0212) 570 36 34
E-posta: cincesu@sim.net.tr

Organizasyon Sekreterliği
Dilan Tur Congress International
Cengiz Topel Mahallesi, Dereyolu Sokak Umut 2 Apt. D:6 80630 Etiler - İstanbul
Tel: (0212) 257 86 67 Faks: (0212) 265 54 74 E-posta: info@dilantur.com.tr