

## Genitoüriner Fistül

### Kadınlar için bir klavuz

1. Genitoüriner fistül nedir?
2. Genitoüriner fistüllerin sebebi nedir?
3. Genitoüriner fistül nasıl değerlendirilir?
4. Tedavi seçenekleri nelerdir?

#### Genitoüriner fistül nedir?

Genitoüriner fistüller, vajina, üretra, mesane veya üreter arasındaki anormal bağlantılardır. Bu anormal ilişki vajina ve/veya uterus ile mesane, üretra veya üreter arasında meydana gelebilir ve bu bağlantıya fistül yolu denir. Bu genellikle doğum süreci ve cerrahideki travma kaynaklıdır. Genitoüriner fistül yolu, idrarın üreterler (böbrekten mesaneye idrarı getiren tüpler), mesane veya üretradaki (idrar yolu) normal yerinden uzaklaşmasına neden olur. Fistül yolunun anatomik konumuna bağlı olarak üreterovajinal fistül, üreterouterin fistül, üretro-vajinal fistül, vesikouterin fistül ve vesikovajinal fistül olarak adlandırılır.

Genitoüriner fistüllü kadınlarda şu belirtilerden birçoğu olabilir:

- Travma veya yaralanmadan sonra vajinadan sürekli idrar drenajı.
- Sızma sürekli veya aralıklı olabilir ve stres inkontinansıyla karıştırılabilir.
- Kötü kokulu veya ısrar eden akıntı sıklıkla idrar kaçığından önce gelir.
- Vajina idrar kokar.
- Mesane asla dolmadığından, kadınlar küçük miktarda idrar boşaltabilir.
- Sık idrar yolu enfeksiyonu geliştirebilir; yan ağrısı ve/veya ateşler bir üst idrar yolu enfeksiyonu veya bir böbrek enfeksiyonu işareti olabilir.
- İdrar ayrıca karın boşluğuna sızabilir ve karın ağrısı, mide bulantısı, kusma, anoreksi, abdominal distansiyon veya ince bağırsak tıkanıklığına neden olabilir.

#### Genitoüriner fistüllerin sebebi nedir?

Bazı fistüller konjenital (doğumsal, kadının anormal bir fistül yolu ile doğmuş olması), ancak çoğu doğum sürecinden ve cerrahi ile ilişkili travmadan kaynaklanır. Gelişmekte olan ülkelerde genitoüriner fistüllerin %90'ı obstruktif doğum sürecindeki obstetrik travmadan kaynaklanır. Gelişmiş ülkelerde fistüllerin % 75'ine jinekolojik veya diğer pelvik cerrahi neden olur. Genellikle genitoüriner yolun direkt hasarlanmasıyla cerrahi işlemi takiben gelişmekle beraber, yara yeri iyileşmesini yavaşlatan enfeksiyon, nekroz ve/veya doku iskemisine bağlı olarak cerrahiden 7-21 gün sonra fistüller gelişebilir.

Genitoüriner fistül gelişimi için risk faktörleri:

- Pelvik cerrahi riskleri: sezaryen, endometriozis cerrahisi, önceki pelvik radyasyonu takiben cerrahi

- Obstetrik riskler: zor doğumlar, operatif doğumlar (forseps veya vakum ile doğum gibi), ve doğum sonrası histerektomi.
- Diğer koşullar: malignite, gastrointestinal cerrahi, tutulmuş yabancı cisimler (ör. pesseler), pelvise önceki radyasyon maruziyeti

#### Genitoüriner fistül nasıl değerlendirilir?

Çoğu kadın devamlı tarzda bir akıntıdan şikayetçi olmakla birlikte, ilk görüşmede ameliyatlarınızın ve sağlık geçmişinizin gözden geçirilmesi doktorunuzun genitoüriner fistül yolundan şüphelenmesine yardımcı olabilir.

Başlangıçta idrarın nereden vajinaya sızdığını değerlendirmek için pelvik bir muayene yapılmalıdır. İdrarın üretra dışında bir yerden sızması vajinal bir muayene ile belirlenmelidir. İdrar rengini değiştirebilen bir hap, çoğunlukla vajinal deşarji idrardan ayırt etmeye yardım etmek için fistül yolunun lokalize edilmesine yardımcı olmak için verilir.

Bir pelvik muayene ile fistülün lokalizasyonu için başarısız olursanız, ileri aşama olarak mesane testi yapılabilir. İdrarın vajina içine sızıntısının olup olmadığını görmek için vajinal muayene yapılarak için mesane veya renkli sıvı ile doldurulabilir. Boyanmış sıvı, kateter yoluyla mesaneye doldurulduğunda böbreklerden mesaneye idrar getiren tüpler renk değiştirmeyeceğinden üretero-vajinal fistül gözden kaçabilir.

İleri bir inceleme olarak Sistoüretroskopi'de bir kamera ile mesane ve üretrayı görmek fistül yolunun lokalize edilmesine yardımcı olabilir. Bu, doktorunuzun fistül yolunun üreterlere ne kadar yakın olduğunu görmesine ve fistülü düzeltmek için en iyi cerrahi yaklaşımın belirlenmesine yardımcı olabilir. Üreterlerin hasar görmesi endişesi varsa, daha ileri radyolojik görüntüleme gereklidir. İntravenöz BT ürografi veya retrograd pyelografi, üreterlerin yaralanma veya sızmasının genitoüriner yolun dışına ekstravazasyonuna bakmak için kullanılabilir.

#### Tedavi seçenekleri nelerdir?

Tüm fistüllerin cerrahi müdahaleye ihtiyacı yoktur. Bir yaralanmanın ilk yedi gününde teşhis edilen ve küçük olan fistüller mesanenin bir kateterle uzun süre boşaltılmasından sonra kapanabilir. Kendiliğinden kapanan fistül yolunun kontrolü için daha fazla görüntüleme gerekebilir. Bir üreteral yaralanma veya fistül yolu üreteri içeriyorsa, o zaman bir double-J kateter yerleştirilmelidir. Kateterin uzun süre tutulmasıyla, fistül yolunun kapanmasına imkan sağlanabilir.

Konservatif tedavi başarısız olursa cerrahi onarım yapılmalıdır. Ameliyat gerekirse, genitoüriner fistüllerin cerrahi düzeltilmesi konusunda eğitim almış bir uzman bunu yapmalıdır. Eğer fistül yolu 24-48 saat içinde tanımlanırsa, hemen onarılabilir. Fistülün neden olduğu ilk travmadan sonra ameliyatlara sıklıkla geciktirilebilir. Bu, yolun olgunlaşmasına ve iltihaplanmanın azalmasına, böylece cerrahi planların ve fistülün daha iyi belirlenmesine olanak tanır.

Genitoüriner fistüllere cerrahi yaklaşım; karından, vajinal yoldan veya transvesikal onarım olarak adlandırılan mesane içerisinden olabilir. Seçilen cerrahi yaklaşım, fistül yerine, diğer sağlık koşullarına ve fistülün büyüklüğüne bağlıdır. Sıklıkla fistül yolunun yakınındaki dokular zayıf kan dolaşımına sahiptir ve fistül yolunun yakınında iyileşmeyi teşvik etmek için greft (yama) gerekebilir. Greftler; onarılmış fistül yolunun üzerine yerleştirilen kadının kendi kasını yada yağ dokusunu içerir.

Hayvan dokusundan veya insan kadavralarından alınan diğer biyolojik greftler de kullanılabilir. Genitoüriner fistüllerin bazı kompleks vakalarında fistül yolunun iyileşmesini sağlamak için idrarın uzaklaştırılmasında üriner diversiyon uygulanabilir. Bu nefrostomi tüpleri ile böbreklerin boşaltılmasını veya ince veya kalın barsağın idrarın boşalmasını sağlamak amacıyla yeniden yapılandırılmasını içerir.

Genitoüriner fistüller yaygın olmamasına rağmen, cerrahi başarı oranları yüksektir (% 84-100 arasında). Ameliyatı takiben fistül yolunun iyileşmesi için bir kateter ile mesanenin uzun süre boşaltılmasına ihtiyaç duyulabilir.



Bu broşürde yer alan bilgilerin sadece eğitim amaçlı kullanılması planlanmıştır. Teşhis ve tedavi sadece yetkin doktor ve/veya sağlık çalışanı tarafından yapılabilecek olup, sunulan bilgilerin bu amaç için kullanılması önerilmez.  
Çeviren: Dr.Ayhan Atıgan, Doç.Dr.Aysun Karabulut

Scheduled for review in 2018