

REKTOVAJİNAL FİSTÜLLERİN CERRAHİ TEDAVİSİ – VAKA SERİSİ

B. Bülent MENTEŞ, Osman KURUKAHVECİOĞLU, Melike Karen GÜNER, Sezai LEVENTOĞLU, Tolga ŞAHİN, Bülent AYTAÇ

Bu makalede kliniğimizde rektovajinal fistül (RVF) nedeniyle tedavi edilen dokuz hastanın özellikleri ve uygulanan cerrahi yöntemler bildirilmiştir. 2002 ve 2005 yılları arasında RVF nedeniyle dokuz kadın hastaya çeşitli ameliyatlara uygulandı. Bu hastalarda kullanılan farklı cerrahi yöntemler ve tedavi sonuçları irdelendi. Hastalarımızda RVF oluşumuna en sık yol açan nedenler obstetrik ve perineal-rektal operasyonlar olarak tespit edildi. Gaz inkontinansı ve vajinal kirlenme; hastaların en sık başvuru nedenleriydi. Vakaların farklı özellikleri çerçevesinde yedi farklı cerrahi yöntem gereksinim duyulmuş ve beş hastada cerrahi tedaviye sapırtıcı ileostomi/kolostomi eklenmiştir. Vakalarda, intraoperatif ve postoperatif dönemde major bir komplikasyon ve takip süresince nüks ile karşılaşmamıştır. Rektovajinal fistül, tedavisi zor ve özellikli bir cerrahi hastalıktır. Hastalar pelvik cerrahi alanında uzman ekipler tarafından, çok sayıda cerrahi seçeneğin tümü bilerek tedavi edilmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Rekto-vajinal fistül, cerrahi tedavi, nüks.

SURGICAL TREATMENT OF RECTOVAGİNAL FİSTING:

A CASE SERIES

To describe the clinical features of a series of nine patients with rectovaginal fistula and report the different surgical approaches. Nine patients were operated on by various surgical approaches for rectovaginal fistula between 2002 and 2005. These various surgical procedures and their results are discussed. Obstetric and prior perineal-rectal surgeries were found to be the most common causes of rectovaginal fistula in our series. Flatus incontinence and vaginal soiling were leading symptoms at admission. Seven different surgical procedures were indicated, and in five patients ileostomy or colostomy was added to the surgical procedures. No major complications were detected, and no recurrences were observed during the follow-up period. The treatment of rectovaginal fistula is difficult and requires special surgical expertise. Patients should be operated on by specialist teams knowledgeable about all possible surgical alternatives.

Key Words: Rectovaginal fistula, surgical approach, recurrence.

GİRİŞ

Rekto-vajinal fistül (RVF) rektum ön duvarı ile vajinanın arka duvarı arasında anormal epitelyal bağlantı sonucu oluşan ve hastaya çok fazla sosyal sıkıntı hissi veren bir hastalıktır (1). Abartılı bir travma yanıtı ve inflamasyon mevcudiyeti önem arzeder (2).

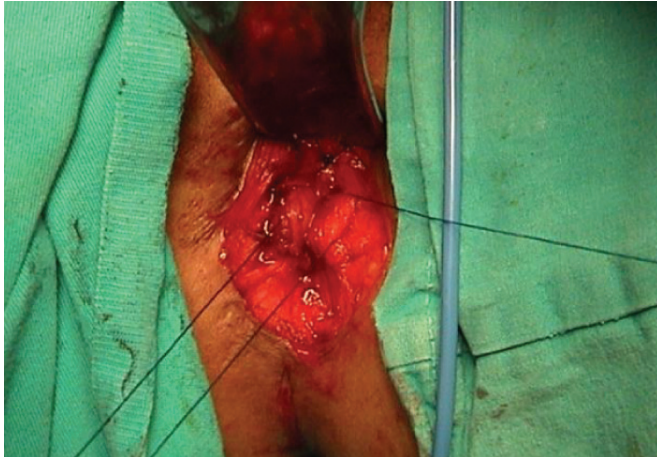
En sık rastlanan semptomları vajinal akıntı, disparenia ve vajinadan gaz/gaita gelmesidir (1). Tedavisi zordur ve sıklıkla rekürrense karşılaşılır. Hastalarda sıklıkla derin anksiyete ve depresyon vardır (3). Etiyolojide; obstetrik nedenler, inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), karsinoma, radyasyon, divertikülit, yabancı cisim, infeksiyon, konjenital anomaliler ve pelvik-perineal-rektal cerrahi (özellikle vajinal histerektomi) yer alır (1, 4, 5). RVF'ler basit ve kompleks olarak sınıflandırılır. Basit olanlar aşağı ya da orta yerleşimlidirler ve boyutları 2.5 cm altındadır. Sıklıkla etiyolojide travma ve obstetrik nedenler vardır. Kompleks olanlar ise yüksek yerleşimlidir ve boyutu 2.5 cm üstündedir (1-3, 6) (Şekil 1). Kompleks RVF'ler, İBH, radyoterapi (RT), malignite ve rekürrent hastalık sonucu ortaya çıkmaktadır. Yapılan girişimler sonrası fistülün nüks etmesi ile basit fistüller komplike fistül haline gelirler.

RVF tanısında; bimanuel muayene (proktolojik, jinekolojik masalarda), vajinal spekulum yardımıyla anal dijital muayene, vajine su doldurulması ve takiben rektal insuflasyonla vajenin izlenmesi, vajinaya tampon yerleştirilerek rektal metilen mavisi verilerek tamponun boyanıp boyanmadığının kontrolü gibi muayene yöntemleri kullanılır (7, 8). Magnetik rezonans görüntüleme yöntemi, kolonoskopi, endoanal ultrasonografi ve manometri diğer yardımcı yöntemlerdir. Bu yöntemler tedavi sonrasında hastanın takibinde de kullanılır. Hastaların ameliyata hazırlanmasında, barsak temizliği, nütrisyonel destek ve yaşlılarda topikal östrojenler kullanılır. Kan ve doku yapıştırıcıları, stoma açısından hazırlıklı olunması operasyon öncesi alınması gereken önlemlerdendir (9).

Cerrahi tedaviler arasında lokal tamir yöntemleri (transanal, vajinal, perineal), çeşitli doku transpozisyon yöntemleri ve transabdominal tamirler sayılabilir (1, 3). Tüm bu yöntemlerde nüks ve inkontinans riski nedeniyle doğru strateji belirlenmelidir. Ayrıca dikkatli disseksiyon yapılmalı, eğer rekonstrüktif bir girişim uygulanacak ise, iyi kanlanan, hacimli dokuların gerilimsiz olarak bir araya getirilmesi (defektin dolgulanması) başarı açısından oldukça önemlidir. Sıkı sütürler ya da çok tabakalı sütürlerle RVF'ün tedavi edilmeye çalışılması yarar sağlamaz (2).

RVF'de cerrahi tedavinin başarı oranının düşük olması, hastanın memnuniyetsizliği ve genellikle birden fazla cerrahi uygulanma gerekliliği gibi önemli sorunlar vardır.

Bu çalışma, hasta ve cerrah için oldukça sıkıntılı bir hastalık olan RVF'de uygulanan farklı tedavi yöntemlerini tartışmak ve kliniğimizde RVF nedeniyle ameliyat edilen dokuz hastanın sonuçları hakkında bilgi vermek amacıyla yapılmıştır.



Şekil 2: Sfinkter onarımı+Levatoroplasti (1 numaralı vaka).

HASTALAR VE YÖNTEMLER

2002 ve 2005 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde dokuz hasta RVF nedeniyle ameliyat edildi. Tüm hastalara yapılacak olan ameliyatlarda preoperatif bilgi verilmiş ve operasyon öncesi barsak temizliği yapılmıştır. Hastaların demografik ve patogenetik özellikleri (kimlik bilgileri, yaşları, fistül seviyesi, etiyolojik neden, ilk ameliyatı veya daha önce bu hastalıktan dolayı geçirilmiş operasyonlar) incelendi. Hastaların operasyon sonrası dönemde 1, 2, 6 ve 12. ayda düzenli olarak kontrolü yapıldı ve elde edilen bulgular kaydedildi. Hastalara peroperatif üriner kataterizasyon uygulandı ve postoperatif 3. gün kataterleri çekildi. Üriner kataterizasyon postoperatif dönemde oluşabilecek olası üriner retansiyonu ve hastanın ıkmmasını



Şekil 3: Vajinal kaydırma flebi onarımı (9 numaralı vaka).

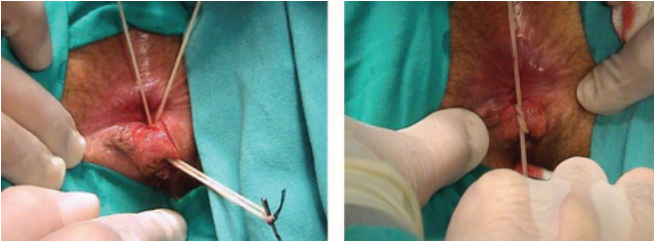
engellemek için uygulanmıştır. Hastalara intravenöz sefazolin sodyum ve metranidazol kombinasyonu peroperatif başlanıp, postoperatif 72 saat bu antibiyotiklerin oral formları ile devam edildi.

Obstetrik nedenli olanlardan 1 numaralı hastaya sfinkter onarımıyla kombine primer onarım (Şekil 2), 9 numaralı hastaya vajinal kaydırma flebi (Şekil 3), üç numaralı hastaya elastik kesici seton (Şekil 4) ve iki numaralı hastaya da vajinal kaydırma flebinden sonra nüks gelişmesi üzerine perinotomi ve tabakalı kapama yöntemi uygulandı (Tablo 1). Beş numaralı hastada rektum karsinomu nedeniyle yapılan total abdominal kolektomi (TAC) sonrası RVF gelişmesi üzerine hastaya önce ileostomi uygulandı, daha sonra vajinal kaydırma flebi yapıldı. Ancak nüks gelişmesi üzerine vajinal tabakalı kapama ameliyatı yapıldı. Başka bir hastanede rektum karsinomu nedeniyle aşağı anterior rezeksiyon (LAR), kolostomi açılması, anal ve vajinal onarım yapılan altı numaralı hastada operasyon sonrası RVF gelişince, hastaya önce ekibimizce Martius operasyonu yapıldı, daha sonra kolostomi kapatıldı (Şekil 5). Dört, beş ve altı numara ile kodlanan hastalara neoadjuvan radyoterapi uygulanmıştır. Yedi numaralı hastaya İBH nedeniyle ileal poş anal anastomoz (IPAA) uygulandı, postoperatif dönemde ortaya çıkan RVF nedeniyle ilk olarak ileostomi açıldı, daha sonra vajinal kaydırma flebi ile defekt onarıldı ve

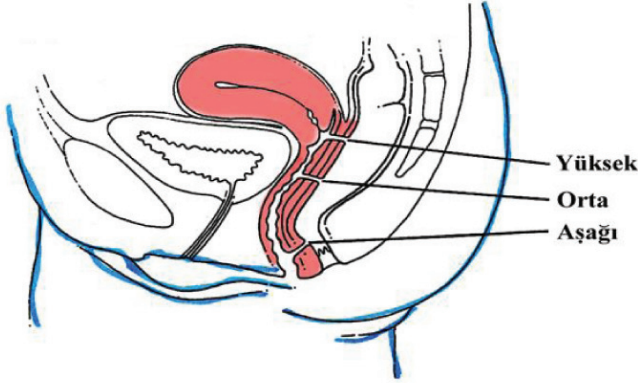
Tablo 1: RVF nedeniyle opere edilen hastaların özellikleri ve yapılan operasyonlar.

Sıra	Yaş	Etyoloji	I. Operasyon	II. Operasyon	III. Operasyon	Sonuç/Takip (ay)
1	26	Obstetrik	Sfinkter onarımı ile kombine primer onarım			+ / (24 ay)
2	24	Obstetrik	Vajinal kaydırma flap	Perinotomi+ tabakalı kapama		+ / (22 ay)
3	34	Perineal op?	Elastik kesici seton			+ / (12 ay)
4	28	LAR sonrası	Rep LAR+İleostomi	İleostomi kapatılması		+ / (36 ay)
5	58	TAC sonrası	İleostomi	Vajinal kaydırma flap	Vajinal tabakalı kapama	+ / (12 ay)
6	46	LAR + kolostomi + anal + vag onarım	Martius op.	Kolostomi kapatılması		+ / (24 ay)
7	23	UC-IPAA (ileostomisziz)	İleostomi	Vajinal kaydırma flap	İleostomi kapatılması	+ / (36 ay)
8	29	IDC – IPAA 1. Senede rvf	İleostomi			- -
9	28	Obstetrik	Vajinal kaydırma flap			+ / (2 ay)

(RVF: Rektovajinal fistül, LAR: Aşağı (low) anterior rezeksiyon, TAC: Total abdominal kolektomi, IPAA: İleal poş anal anastomoz, UC: Ülseratif kolit, IDC: Tanımlanamamış kolit)



Şekil 4: Elastik kesici seton (Lokal yöntemlerden 3 numaralı vaka).



Şekil 1: Rektovajinal fistüllerin sınıflandırılması.

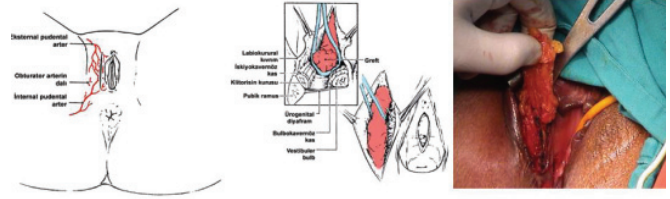
en son olarak da ileostomisi kapatıldı. Sekiz numaralı hastaya da İBH nedeniyle IPAA operasyonu yapıldı, postoperatif 1. yılında RVF ortaya çıkması üzerine hastaya ileostomi açıldı. Ancak hasta sistemik başka nedenlerle kaybedildiği için takibi tamamlanamamıştır. Tüm bu hastalar 1, 2, 6 ve 12. aylarda düzenli olarak kontrol edildi ve hastaların hiçbirinde nüks tespit edilmedi.

SONUÇ

RVF nedeniyle ameliyat edilen hastaların özellikleri ve yapılan operasyonlar Tablo 1'de görülmektedir. Dört ve yedi numaralı vakalar 2002 yılında, 1, 2, 6 ve 8 numaralı vakalar 2003, 3 ve 5 numaralı vakalar 2004, dokuz numaralı vaka ise 2005 yılında ameliyat edildi. Hastalardan dördünde obstetrik (1, 2, 3, 9 numaralı hastalar), üçünde kolorektal maligniteye bağlı operasyon (4, 5, 6 numaralı hastalar) ve ikisinde de inflamatuvar barsak hastalığı (7 ve 8 numaralı hastalar) etiyolojik neden olarak görülmektedir (Tablo 1). Sekiz numaralı hasta, cerrahi dışı nedenlerden dolayı kaybedildiği için tedavisi tamamlanamadı. Bu hasta dışında anatomik ve fonksiyonel kür oranı %100'dür. Hiçbir hastada intraoperatif ve postoperatif major komplikasyonla karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Rekto-vajinal fistül, rektum ön duvarı ile, vajinanın arka duvarı arasında anormal epitelyal bağlantı sonucu oluşan ve hastaya çok fazla sosyal sıkıntı hissi veren bir hastalıktır (1,



Şekil 5: Martius bulbokavernöz flep onarımı (6 numaralı vaka).

2). Gelişmekte olan ülkelerde RVF etyolojisinde obstetrik nedenler ilk sırayı alırken, batılı (gelişmiş) ülkelerde daha çok jinekolojik maligniteler nedeniyle uygulanan cerrahi girişimler ve radyoterapiye sekonder fistüller görülmektedir (1, 4, 5). Bu çalışmada, perineal ve kolonik cerrahi girişimler ilk sırada, obstetrik nedenler ikinci sırada görülmektedir.

Anovajinal fistül terimi ise fistül ağzının dentate çizgi ya da bunun distaline açıldığı durumlar için kullanılmaktadır (10). Bir çok vaka gerçekte anovajinal fistül olmasına karşın RVF olarak adlandırılır. Anovajinal ve rektovajinal fistüller arasındaki anatomik farklılıklar şekil 1'de gösterilmiştir (7). Fistülün yerleşim yerine göre uygulanacak cerrahi girişim de değişiklik göstermektedir. Serimizdeki dört hastaya tek seanslı girişim yeterli olurken, üç hastaya iki seanslı, iki hastaya da üç seanslı operasyon gerekmiştir. Fistül komplike oldukça uygulanması gereken operasyon sayısı da artmaktadır. Burada RVF'e müdahale eden cerrahın uygulanması gereken tüm cerrahi seçenekleri bilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Serimizde ameliyat edilen dokuz hastadan ikisinde fistülün nüks etmesi üzerine ikinci bir yonteme ihtiyaç duyulmuştur. Tablo 1'de de görüldüğü gibi RVF için edilmiş operasyonların pek çoğunun bilinerek uygulanmasına rağmen tedavisi her zaman kolay olmamaktadır. Yine literatürde belirtildiği gibi operasyon sonucu başarılı olsa dahi hastaların operasyon sonrasındaki memnuniyet oranları operasyon başarı oranlarına göre daha düşüktür. Bu memnuniyetsizliğin en önemli sebepleri ise onarımlara sekonder gelişen rahatsızlık duygusu ve kontinensin her zaman tam sağlanamamasıdır. Bu tür hastalara mutlaka cerrahi ile birlikte psikolojik destek de verilmelidir.

RVF fistüllere yaklaşım Tablo - 2'de gösterilmiştir. Eğer obstetrik travmaya sekonder oluşan RVF küçük ise, bunların yarısı spontan kapanabilir; bu sebeple cerrahi bir girişimden önce 6 ay beklenmesi uygundur. Obstetrik etiyolojiye sahip üç hastamızdan ikisi tek seanslı, diğerlerine göre daha basit girişimlerle tedavi edilmişlerdir. Radyasyon veya neoplazma bağlı RVF'lerin spontan iyileşme olasılığı azdır. Planlanan cerrahi onarım için hasta optimal koşullara gelinceye kadar beklenmelidir. Primer hastalığın agresif tedavisi, hastanın nutrisyonel durumunun iyileştirilmesi ve yaşlılarda topikal östrojenlerin kullanımı gereklidir. Tedavi sonrası nüks ve inkontinens gibi riskler olduğu için doğru stratejinin belirlenmesi, uygun disseksiyon ile rekonstrüktif bir girişimde iyi kanlanan, hacimli dokuların gerilimsiz olarak bir araya getirilmesi başarı açısından oldukça önemlidir (3, 11). Sıkı sütürlerle ya da çok tabakalı sütürlerle örgü tarzı yapılan onarımlar sanılanın aksine yarar sağlamaz. Hangi cerrahi yöntem uygulanırsa uygulansın temel husus; dikkatli bir disseksiyon, tam mobilizasyon

yon, hastalıklı barsağın ve fistül traktının çıkarılması ve sağlıklı dokuların gerginlik olmadan yeterli yaklaştırılmasıdır (2, 3). Hastaların ameliyata hazırlanmasında mekanik kolon ve vajinal temizlik gereklidir (2). Kolonik cerrahi sonrası gelişen üç hastada iki veya üç seanslı girişimler uygulanmıştır. Öncelikle bu hastalara bir ostomi açılarak gaita fistül bölgesinden uzaklaştırılmış ve enfeksiyon yatışıp hastaların nutrisyonel durumları optimum olunca asıl tedavi edici ikinci operasyonlar yapılmıştır. Yapılan onarımın iyileşmesinin ardından da ostomileri tekrar kapatılmıştır. Bu tip komplike hastalarda girişim sayısının azaltılmaya çalışılması veya tek seansda tedavi etme girişimleri fistüllerin nüks etmesine ve daha da komplike bir hal almasına sebep olmaktan başka bir işe yaramayacaktır.

Tablo 2: Rektovajinal fistüllere yaklaşım.

1) Anorektal muayene
Perinenin değerlendirilmesi
Digital rektal ve vajinal muayene
Anoskopi ve vajinoskopi
Sfinkterlerin değerlendirilmesi
Rektumun değerlendirilmesi (hastalığın aktivitesi)
2) Fistülün tespit edilmesi
Hava insulflasyonu
Baryum enema veya metilen mavisi yoluyla fistülün tespiti
İnternal ağzın ve traktın stile ile tespit edilmesi
3) Proksimal barsağın değerlendirilmesi
Kolonoskopi
Üst gastrointestinal sistemin ve ince barsakların değerlendirilmesi
4) Anal manometri
İnkontinens veya reoperasyon durumlarında

RVF'ler abdominal, rektal, vajinal, perineal, transsfinkterik, transanal yaklaşımlarla veya bunların kombinasyonları ile tedavi edilebilirler (Tablo 3). Yüksek rektovajinal fistüller sadece transabdominal düzeltilebilirken, aşağı rektovajinal fistüller diğer herhangi bir yaklaşım yöntemiyle düzeltilebilir (2, 10, 11). Bir çok jinekolog vajinal yaklaşımı tercih etmektedir. Bazı yazarlar RVF'lerin yüksek basınçlı olan rektum ile (25-85 cm su) düşük basınçlı olan vajinayı (atmosferik) birbirine bağlamasından dolayı, rektal yaklaşımın daha doğru olacağı düşüncesine sahiptir. Biz kliniğimizde tranperineal veya vajinal yaklaşımı ekartasyon kolaylığı, cerrahi çalışma sahasının genişliği ve daha kolay flep hazırlama imkanı nedeni ile tercih ediyoruz. Ayrıca transrektal yaklaşımda uygulanan ekartasyon bağlı sfinkter yaralanmalarının olabileceğini düşünüyoruz.

Tablo 3: Rektovajinal fistüllerde onarım yöntemleri.

1- Lokal onarımlar
Fistulotomi
Perineoproktotomi ve tabakalı kapama
Sfinkteroplasti
Transanal kaydırma flap
Transanal tabakalı kapama
Transvajinal kaydırma flap
Transvajinal tabakalı kapama
2- Doku transpozisyonu (gluteus, bulbokavernöz, grasilis, sartorius)
3- Abdominal prosedürler (APR, LAR)

(APR: Abdominoperineal rezeksiyon, LAR: Aşağı (low) anterior rezeksiyon)

Yazışma Adresi

Osman KURUKAHVECİOĞLU

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,

06500 Beşevler Ankara

Tel: 0 312 2024195 Cep: 0 532 6011918

okurukahveci@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Soriano D, Lemoine A, Laplace C, Deval B, Dessolle L, Darai E, Poitout P. Results of recto-vaginal fistula repair: retrospective analysis of 48 cases. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 2001; 96: 75-79.
2. Tanag MA, Kubo Tateki, Yano K, Inoue Y, Hosokawa K. Simple repair of complex rectovaginal fistulas. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2004; 38: 121-124.
3. Tsang CBS, Rothenberger DA. Rectovaginal fistulas. Surg Clin North Am 1997; 77: 95-114.
4. Bai SW, Kim SH, Kwon HS, Rha KH, Chung KA, Kim SK. Surgical outcome of female genital fistula in Korea. Yonsei Med J 2002; 43: 315-319.
5. Naru T, Rizvi JH, Talati J. Surgical repair of genital fistulae. J Obstet Gynecol Res 2004; 30: 293-296.
6. Jelen I. Vaginal fistulas: operative management. In: Gershensom DM, De Cherney AH, eds. Operative gynecology. Philadelphia: Saunders, 1993: 213-229.
7. Hull TL, Fazio VW. Rectovajinal fistula in Crohn's Disease, eds: Phillips RK and Lunniss PJ, In: Anal Fistula, Chapman & Hall Medical London, 1996.
8. Corman ML. Rectovaginal fistula, ed: Corman ML, In: Colon & Rectal Surgery. third edition J.B. Lippincott Company, USA, 1997.
9. Vasilevsky CA. Anorectal abscess and fistula in ano, ed: Beck E.D. In: Handbook of Colorectal Surgery, Quality Medical Publishing, Inc, St. Louis, Missouri, 1997.
10. Chew SSB, Rieger NA. Transperineal repair of obstetric-related anovaginal fistula. ANZ J Obstet Gynecol 2004; 44: 68-71.
11. Sonoda T, Hull T, Piedmonte MR, Fazio VW. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. Dis Colon Rectum 2002; 45: 1622-1628.