

Doç. Dr. Hüseyin Ayhan KAYAOĞLU*
Yard. Doç. Dr. Ömer Faik ERSOY*
Yard. Doç. Dr. Namık ÖZKAN*
Yard. Doç. Dr. Alper ÇELİK*

İletişim (Correspondance)

Hüseyin Ayhan KAYAOĞLU
Gaziosmanpaşa Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
TOKAT

Tel: 356-2129500/1081

e-mail: aybankayaoglu@yahoo.com

* **Genel Cerrahisi AD,**
GOÜ

ARAŞTIRMA

TRANSPERİNAL YAKLAŞIM İLE OPERE EDİLMİŞ REKTOVAJİNAL FİSTÜL: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

ÖZET

Rektovajinal fistüller rektum ön duvarı ile vajinanın arka duvarı arasında anormal epitelyal bağlantı sonucunda meydana gelen hastalara fiziksel ve psikososyal açıdan önemli derecede rahatsızlık veren bir durumdur. En sık jinekolojik sebeplerden kaynaklanmaktadır. Uygulanacak cerrahinin seçimi boyutuna, lokalizasyonuna, nedenine, anal sfinkter fonksiyonuna, hastanın sağlık durumuna, cerrahin bilgi ve becerisine bağlıdır. Tedavisinin zor ve nüks oranlarında yüksek olduğu unutulmamalıdır. Yukarı seviyedeki fistüller için genellikle abdominal yaklaşım tercih edilmektedir. Aşağı seviyedeki fistüllere ise perineal (transvajinal, endorektal, transperineal) yaklaşım tercih edilir. Burada 33 yaşındaki bayan hastada 12 yıl önce vajinal yolla yaptığı doğum sonrasında gelişmesine rağmen hekime başvurmayan ancak 9 ay önce yaptığı ikinci doğumu sırasında şüphelenilmesi nedeniyle kliniğimize refere edilen bir rektovajinal fistül olgusu sunulmaktadır. Transperineal yaklaşımla operatif tedavi uygulanan hastada fistül traktı rektum duvarından vajen duvarına kadar disseke edilerek total olarak eksize edildi. Her iki duvardaki defektler primer olarak onarıldı ve anterior levatoroplasti yapıldı. Değişik ameliyat teknikleri olmasına rağmen biz orta-aşağı seviyedeki fistüllerde vajen ve rektum duvarı ile sfinkterin iyi korunarak yapılacak bir transperineal yaklaşımın her iki mukozanın kolay tamirinin sağlamasının yanı sıra fistül traktının tam olarak ortaya konması ve eksize edilmesi açısından da avantajlı olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: Rektovajinal fistül, transperineal yaklaşım, levatoroplasti

RESEARCH

RECTOVAGINAL FISTULA OPERATED BY TRANSPERINEAL APPROACH: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

SUMMARY

Rectovaginal fistulas that are abnormal epithelial connections between the anterior wall of the rectum and the posterior wall of the vagina cause significant problems in patients. There are a lot of factors have been shown in etiology, but the most common ones are gynecologic. Surgical therapy depends on dimension, localization, etiology, function of anal sphincter, general health condition of the patient and surgeon's experience. But, it should be kept in mind that therapy is difficult and recurrence rates are very high. Abdominal approach is preferred method for high level fistulas. On the other hand, for low level fistulas perineal approaches (transvaginal, endorectal, transperineal) are being preferred. Here, we are reporting a rectovaginal fistula case in a 33 years old woman, which was appeared just after her first delivery 12 years ago. Fistula tract was completely excised between vaginal and rectal mucosa with transperineal approach. Defects in each wall were repaired primarily and anterior levatoroplasty was performed. In conclusion, although there are different kinds of approaches, we think that transperineal approach has advantage of bring out and excision of whole tract and repair of each mucosa easily.

Keywords: Rectovaginal fistula, transperineal approach, levatoroplasty

GİRİŞ

Rektovajinal fistüller (RVF) rektum ön duvarı ile vajinanın arka duvarı arasında anormal bir epitelyal bağlantı sonucunda gelişirler. Ayrıca hastalarda fiziksel ve psikososyal açıdan ciddi problemlere neden olurlar¹. Etiyolojisinde doğum travması, kolorektal ve jinekolojik ameliyatlara, kriptoglandüler enfeksiyonlar, Crohn hastalığı, radyasyon ve karsinomlar rol oynar. RVF'ler anorektal bölge fistüllerinin %5'inden daha az bir kısmını oluşturmalarına rağmen tedavisi oldukça güçtür. Uygulanan çeşitli cerrahi tekniklere rağmen başarı oranları %70-97 arasında değişmektedir^{1,2}. Burada 12 yıldır RVF yakını olan ve transperineal yaklaşım ile tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Oniki yıl önce yaptığı vajinal doğum sonrası vajinadan gaita gelmesi şikayeti olan 33 yaşında bayan hasta herhangi bir merkeze başvurmamış. Dokuz ay önce yaptığı ikinci doğum sırasında şüphelenilerek kliniğimize refere edilmiştir. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın, fizik muayenesi dentat line'nın yaklaşık 3 cm üzerinde mevcut olan fistül ağzı haricinde normaldi. Sfinkter tonusu normal olan hastanın jinekolojik muayenesinde ise vestibulumun yaklaşık 3 cm kadar iç kesiminde posterior duvarda 1 cm çapında fistül ağzı ve bu ağızdan gaita gelişi izlendi. Pelvik ultrasonografik incelemede patoloji saptanmadı. Fleksibl sigmoidoskopide dentat line'in yaklaşık 3 cm üstünde rektum ön duvarında fistül ağzı dışında herhangi bir patolojiye rastlanmayan hastaya transperineal yaklaşımla operatif tedavi uygulandı. Fistül traktü rektum duvarından vajen duvarına kadar dissekte edilerek total olarak eksize edildi. Her iki duvardaki defektler primer olarak onarıldı ve anterior levatoroplasti yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif takiplerinde sorun olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

RVF'lerin en sık sebebi obstetrik travmalardır. Uzamış doğum eylemi sırasında rektovajinal septum üzerine devamlı basınç uygulanması neticesinde iskemi ve nekroz geliştiği bu nedenle de RVF'lerin meydana geldiği düşünülmektedir.

Ayrıca doğumun ikinci safhasının uzaması veya enstrüman yardımıyla doğum yaptırılması oluşma şansını arttırmaktadır. Baig ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada etyolojide obstetrik nedenler %68 olarak belirtilmiştir³. Ancak Venkatesh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise vajinal doğum yapan 20500 hastanın ancak 25 tanesinde RVF geliştiği belirtilmiştir⁴. Oransal olarak bu %0,1'e tekabül etmektedir. Mayo Klinik tarafından yapılan çalışmada etyolojide inflamatuvar barsak hastalıkları %24, konjenital anomaliler %12, obstetrik yaralanmalar %11 rol oynamaktadır⁵. Brandy ve arkadaşları tarafından ise etyolojide %30 oranında radyasyon hasarı, %20 obstetrik nedenler, %16 neoplazmlar, %11 barsak inflamatuvar hastalıkları suçlanmıştır⁶. Bizim hastamızdaki etyolojik nedenin obstetrik travma olduğu düşünülmektedir. Hastadan alınan anamnezde ilk doğumun arkasından görüldüğünün öğrenilmesine rağmen doğumda enstrüman kullanılıp kullanılmadığı ya da ikinci safhanın uzayıp uzamadığı hakkında tam olarak bilgi alınamadı.

En sık rastlanan semptom vajenden gaz ve/veya gaita gelmesidir. Bunun yanı sıra vaginal akıntı, disparenia ve kronik servikal bozukluklar da gözlenir. Sfinkter yetmezliği olan hastalarda fekal inkontinansa ait semptomlarda tabloya eklenebilir. Hastalarda sıklıkla derin anksiyete ve depresyon vardır. Bizim hastamızda aynı yakınmalarla kliniğimize müracaat etti. Hasta şikayetlerinin uzun süredir devam etmesine rağmen yaşadığı sosyal anksiyete nedeniyle doktora müracaat etmemiştir. Bu da RVF'lerin hastada ciddi bir anksiyeteye neden olduğunu göstermektedir.

Yapılan fizik muayenede amaç fistülün tanımlanması ve altına yatan sebeplerin değerlendirilmesidir. Fistüllerin çoğu rektal muayenede anterior orta hatta palpe edilebilir. Ayrıca vajinal muayenede kolaylıkla görülebilirler. Anamnez ve fizik muayene ile %74 oranında tanı konabilmektedir³. İnflamatuvar barsak hastalıklarının değerlendirilmesi için fleksibl sigmoidoskopi ve kolonoskopi önemlidir. Metilen mavisi içeren bir tampon vajene yerleştirildikten sonra yapılan endoskopi tanıyı doğrulamada yardımcı olabilir. Ayrıca suda eriyen bir kontrast madde ile vajinografi yapılabilir. Yapılan çalışmalarda sensitivitesi %79-100 olarak belirtilmiştir⁷. Etiyolojide obstetrik travma düşünülen hastalarda endorektal ve transvajinal ultrason (US) ile değerlendirme yapılabilir. Yapılan bir çalışmada endoanal (US) ile %73 hastada fistül başarılı bir şekilde tanımlanmış ve aynı zamanda hastaların % 60'ında sfinkter defekti olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise klinik

olarak sfinkter yırtığı tespit edilemeyen hastaların endoanal US ile %28'inde yırtılmanın var olduğu, bunlarında %20 sinin external, %1.3'nün internal sfinkterde iken %7 sinde ise her ikisinin yırtık olduğu belirtilmiştir⁸. Yee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise kontrastsız yapılan endoanal US'nin fistülün yerinin tanımlanmasında faydası olmadığı belirtilmiştir⁹. Bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme fistülün tanısında ve değerlendirilmesinde önemli rol oynayabilir. Bizim hastamızda hikaye ve fizik muayene tanı için yeterli oldu. Sigmoidoskopi fistülün yerinin tam olarak doğrulanması ve inflamatuvar barsak hastalığı ekartasyonu için faydalı oldu. Anamnez ve fizik muayene ile sfinkter sağlam olarak değerlendirildi ve ek incelemeye ihtiyaç duyulmadı.

RVF'ler basit ya da kompleks olarak iki şekilde sınıflandırılabilir. Basit fistül tanımı vajenin aşağı veya orta seviyesindeki, 2.5 cm'den küçük, inflamasyon olmayan ve obstetrik ya da koital nedene bağlı olan fistülleri tanımlamak için kullanılırlar. Vajenin yukarı seviyelerinde 2.5 cm'den büyük, inflamatuvar barsak hastalığı ya da lokal bir enfeksiyonu olanlar ile nüks vakalar kompleks fistül olarak adlandırılır¹⁰. Bizim hastamız basit fistüller grubuna girmektedir.

RVF'ün tedavisi boyutuna, lokalizasyonuna, nedene, anal sfinkter fonksiyonuna, hastanın sağlık durumuna, ve cerrahın bilgi ve becerisine bağlıdır. Halen birçok ameliyat tekniği denenmekte ve geliştirilmektedir. Yukarı seviyedeki fistüller için genellikle abdominal yaklaşım tercih edilmektedir. Rezeksiyon sonrası anastomoz güvenliği için diversiyon kolostomileri gerekli olabilmektedir. Aşağı seviyedeki fistüllerde ise sıklıkla transvajinal yaklaşım tekniği kullanılmaktadır. Cerrah için geniş bir çalışma alanı sağladığı gibi kolayca uygulanabilir. Ancak Greenwald and Hoexter özellikle yüksek yerleşimli fistüllerin tedavisinde bu tekniğin uygun olmadığını vurgulamışlardır¹¹. Transperianal yaklaşım ilk olarak 1902 yılında Noble tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra diğer çalışmacılar tarafından modifiye edilmiştir¹². Transperineal yaklaşım anterior levatoroplasti yapılmasına olanak sağladığı için avantajlıdır. Ancak vajen ile rektum duvarının birbirinden ayrılmasının zorluğu nedeniyle çeşitli yaralanmalar olabilmesi teknik güçlüklerdir¹³. Mac Rae ve arkadaşları 9 hasta üzerinde bu tekniği denemişler ve %44 oranında başarılı sağlamışlardır. ¹⁴Sfinkteroplastinin tedaviye eklenmesi ile başarı oranını %100 olarak belirtmişlerdir.

Endorektal ilerletici flepler obstetrik nedenlere ya da enfeksiyonların neden olduğu aşağı seviyedeki fistüllerin te-

davisinde bir seçenek olmuştur. Eksternal sfinkter korunduğu için inkontinas gelişme riski daha azdır. Ayrıca ağrı da daha az olmaktadır. Fistül traktı eksize edilip kürete edildikten sonra buraya mukoza, submukoza ve internal anal sfinkterin bir bölümü flep olarak kaydırılır. Vajen kısmı açık yara iyileşmesine bırakılır^{15,16}. Tsang ve arkadaşları endoanal ilerletici flep ile obstetrik nedenli ve sfinkter bozukluğu olmayan RVF'lerin tedavisinde başarı oranını %50 olarak bildirmişlerdir¹⁷. Sfinkter bozukluğu varsa bu oranın %33'lere kadar düşeceğini vurgulamışlardır. Hastamızda transperineal yaklaşım ile fistül traktı çıkarıldı. Her iki fistül ağzı mukozası kapatıldı ve levatoroplasti yapıldı.

Sonuç olarak RVF hastaların anksiyete ve utanma duygusu nedeniyle hekimlere müracaatının gecikebildiği ciddi anksiyeteye ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara yol açabilen, tedavi yöntemi karmaşık ve başarı şansı düşük bir hastalıktır. Biz vajen ve rektum duvarı ile sfinkterin iyi korunarak yapılacak bir transperineal yaklaşımın her iki mukozanın kolay tamirinin sağlanmasının yanı sıra fistül traktının tam olarak ortaya konması ve eksize edilmesi açısından da avantajlı olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Casadesus D, Villasana I, M. Sanchez I, Diaz H, Chavez M, Diaz A. Treatment of rectovaginal fistula: A 5-year review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006; 46: 49-51.
2. Halverson AL, Hull TL, Fazio VW, Church J, Hammel J, Floruta C. Repair of recurrent rectovaginal fistulas. *Surgery* 2001;130:753-758.
3. Baig M.K, Zhao R.H, C.H. Yuen , J. J. Noguera , J.J. Singh , E.G. Weiss S D. Wexner. Simple rectovaginal fistulas. *Int J Colorectal Dis* 2000;15:323-327.
4. Venkatesh KS, Ramanujam PS, Larson DM, Haywood MA. Anorectal complications of vaginal delivery. *Dis Colon Rectum* 1989;32:1039-1041.
5. Lowry AC (1998) Rectovaginal fistula. In: Beck DE, Wexner SD (eds) *Fundamentals of anorectal surgery*, 2nd edn. Saunders, Philadelphia, pp 174-186.
6. Brandy LC, Addison A, Parker RT Surgical management of rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Am J Obstet Gynecol* .1983; 147:359-363

- 7- Giordano P, Drew PJ, Taylor D: Vaginography – investigation of choice for clinically suspected vaginal fistulas. *Dis Colon Rectum*. 1996; 39:568-72.
- 8- Faltin DL, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000; 95:643–647.
- 9- Yee LF, Birnbaum EH, Read TE, Kodner JJ, Fleshman JW. Use of endoanal ultrasound in patients with rectovaginal fistulas. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42:1057-64.
- 10- Sorino D, Lemoine A, Laplace C, Deval B et al. Results of recto-vaginal fistula repair retrospective analysis of 48 cases *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2001; 96: 75-79
- 11- Greenwald JC, Hoexter B. Repair of rectovaginal fistulas. *Surg Gynecol Obstet*. 1978;146:443–445
- 12- Noble GH. A new operation for complete laceration of the perineum designed for the purpose of eliminating danger of infection from the rectum. *Trans Am Gynecol Soc*. 1902; 27:357–363
- 13- Wiskind AK, Thompson JD. Transverse transperineal repair of rectovaginal fistulas in the lower vagina. *Am J Obstet Gynecol* .1992; 167:694–699
- 14- MacRae HM, McLeod RS, Cohen Z, Stern H, Reznick R. Treatment of rectovaginal fistulas that has failed previous repair attempts. *Dis Colon Rectum*. 1995; 38: 921–925.
- 15- Rothenberger DA, Christenson CE, Balcos EG, et al Endorectal advancement flap for the treatment of simple rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* .1982 ;25:297–300 22.
- 16- Joo JS, Weiss E, Noguera JJ, Wexner SD Endorectal advancement flap in perianal Crohn's disease. *Am Surg* .1998; 64:147–150
- 17- Tsang CBS, Madoff RD, Wong WD et al. Anal sphincter integrity and function influences outcome in rectovaginal fistula repair. *Dis Colon Rectum*. 1998; 41: 1141–1146.