

Olgu Sunumu

YOUSSEF SENDROMU VAKA TAKDİMİ: TANI VE TEDAVİDE GÜNCEL GELİŞMELER VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Ayşe Deniz Ertürk ÇOŞKUN¹, Mehmet AKYÜZ², Selçuk KABA², Fisun VURAL¹

ÖZET

Vezikouterin fistül sıklıkla alt segment insizyonlu sezaryen sonrası görülen nadir bir komplikasyondur. Amenore, siklik hematüri ve bazen üriner inkontinans bulguları görülebilir. Biz bu yazıda 32 yaşında üç kez sezaryen operasyonu geçirmiş bir hastada görülen vezikouterin fistül vakasını sunuyoruz. Hasta son sezaryen ameliyatını geçirdiği 6 yıl öncesinden itibaren aralıklarla idrar kaçırma, adet görmeme ve adet döneminde yoğun kanlı idrar şikayetleri ile başvurmuştur. Vajinal muayenede fistül ağzı görülmemiştir. Mesaneye verilen metilen mavisinin servikal gelişi ve sistoskopide fistül ağzının görülmesiyle tanı kesinleştirilmiştir. Laparotomi ile uterus ve mesane arasındaki fistül traktı eksize edilmiş, gerekli onarımlar yapılarak ve araya omentum interpozisyonu yapılarak operasyona son verilmiştir. Hasta postoperatif altıncı ayında semptomsuz olarak takip edilmektedir. Vezikouterin fistüllerin tedavisinde sıklıkla cerrahi yöntemler kullanılır. Nadiren hasta geçici amenore dönemine soku olarak ekspektan tedavi ile de başarı sağlanabilir. Özellikle siklik hematüri ve/veya üriner inkontinans olgularında geçirilmiş uterin cerrahi de varsa Youssef sendromu (vesikouterin fistül) akla getirilmeli ve araştırılmalıdır. Tekrarlayan sezaryenlere eşlik eden skar dokusunun beslenme problemleri olabileceği, fistül oluşumuna yatkın olabileceği akılda tu-

tularak , optimal cerrahi kurallara uyulması cerrahi güvenliği açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Ürogenital fistül, vezikouterin fistül, Youssef Sendromu

YOUSSEF SYNDROME CASE REPORT: CURRENT DIAGNOSIS TREATMENT AND REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

Vesicouterine fistulas are rare complications encountered after lower uterine incision cesarean sections. Amenorrhea, cyclic hematuria and/or urinary incontinence are the clinical findings. This paper presents a case of vesicouterine fistula in a 32 year old woman with a history of three cesarean sections. She was admitted to our clinic with complaints of intermittent incontinence, amenorrhea and cyclic hematuria during menstrual period after her previous cesarean operation that was performed six years ago. There was no fistula opening in the vaginal examination. The methylene blue test showed coloured dye leakage from the cervical canal and cystoscopic observation of fistula opening in the bladder confirmed the diagnosis. The fistula tract between the uterus and bladder was observed during laparotomic evaluation. The fistula tract was

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

excised and repaired , and finally operation ended with omental tissue interposition. The postoperative course was uneventful with a six month follow up. Surgery is the primary treatment modality in urogenital fistulas. Rarely, expectant management can be done via transient medical amenorrhea. Youssef syndrome (vesicouterine fistula) should be suspected and investigated, especially in women with a prior history of uterine surgery and complaints of cyclic hematuria and/or urinary incontinence. Repeated cesarean sections with uterine scar formation affect vascularization and increase tendency to develop fistula formation. Therefore optimal surgical practice is important for safe surgery.

Keywords: urogenital fistulas, vesicouterine fistulas, Youssef syndrome

GİRİŞ

Vezikouterin fistüller tüm ürogenital fistüllerin %1-4 lük kısmını oluşturan nadir görülen fistüllerdir¹. Geçmişte zor doğum ve uzamış travayın komplikasyonu olarak görülen ürogenital fistüller modern obstetride daha çok sezaryen operasyonunu takiben görülmektedir.

Sezaryen sonrası vezikouterin fistüller; ilk kez 1957'de Youss ef tarafından tanımlanmıştır. Alt segment sezaryen sonrası görülen menoüri (siklik hematüri), amenore ve üriner inkontinans yokluğu sendromun klasik triadını oluşturmaktadır². Ürogenital fistüller içerisinde vezikovajinal fistüller daha sık görülmektedir, buna karşın vesikouterin fistüller daha nadirdir. Vezikovajinal fistüllerde devamlı idrar kaçağı belirgin semptom iken vezikouterin fistüllerde fistül traktının lokalizasyonuna bağlı olarak hiç idrar kaçağı olmaksızın menoüri olabilir. Uterus istmusunun üzerinde yer alan bir fistülde klasik Youssef sendromu triadı görülür, hastada sadece menoüri ve amenore gelişir. Ancak istmusun altında yer alan bir fistülde ise normal menstruasyona idrar kaçağı eşlik eder. Bazı vakalarda zaman zaman üriner inkontinans olmasının nedeni ancak mesane içi basıncı uterus basıncını geçtiğinde uterus idrar akı-

şının olmasıdır. Bu yazıda, sezaryen sonrası menoüri, amenore ve/veya inkontinans olan vakaların tanı ve tedavisinin güncel literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

VAKA

32 yaşında sonuncusu 6 yıl önce olmak üzere 3 kez sezaryen operasyonu öyküsü olan hasta 5 yıldır devam eden adet görememe, belli aralıklarla idrarda kan gelmesi ve nadiren idrar kaçırma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Yapılan sistoskopide mesane sol orifisin 2 cm üzerinde fistül traktı benzeri oluşum izlendi. Jinekolojik muayenede mesaneye verilen metilen mavisinin serviksten gelişi görülerek vezikouterin fistül tanısı konuldu. Cerrahi tedavi kararı verildi. Transabdominal yolla batına girildi vezikouterin aralıktaki muhtemel fistül traktı görüldü. Mesane kubbesi anteriordan açılarak mesane içinde fistül ağzı görüldü. Disseke edilen vezikouterin aralıktan fistül traktı eksize edildi. Uterusta oluşan defekt vikril ile onarıldı. Mesane vikril sütürle onarıldı ve sıvı verilerek bütünlüğü kontrol edildi. Vezikouterin aralığa omental flep yerleştirdi. Loja dren yerleştirilerek operasyona son verildi. Postoperatif takibinde özellik izlenmeyen hasta mesane sondasıyla taburcu edildi. Sonda postop 15. gün çekildi. Hastaya postop dönemde 3 ay süreyle progesteron tedavisi verilerek amenore sağlandı. Postop 6. ayda hasta semptomsuz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Vezikouterin fistüller sıklıkla sezaryen operasyonu sırasında fark edilmeyen mesane yaralanmaları, uterus alt segmente koyulan sütürlerin mesaneden geçmesi veya özellikle tekrarlayan operasyonlar sonrasında mesane disseksiyonu sırasında devaskülarise alanlar oluşması ile olur. Semptomlar hemen ortaya çıkabileceği gibi nekrotik alandan fistül oluşumu zamanla da gerçekleşebilir. Erken postpartum dönemde yoğun hematüriyle presente olan vakalar vardır^{3,4}. Bizim vakamızda laktasyon amenoresini takip eden süreçte amenoreye hematüri dönemleri eklenmiştir. Semptomların daha geç ortaya

çıkması ve üçüncü operasyondan sonra ortaya çıkması etyolojide devaskularize planlar oluşmasını ve nekrozu düşündürülebilir. Uterus basıncının genelde mesane basıncından yüksek olması nedeniyle üriner inkontinans vezikouterin fistüllerde, vezikovajinal fistüllerin aksine, sık görülen bir semptom değildir, fakat bizim hastamızda olduğu gibi mesanenin dolu olduğu zamanlarda vajenden idrar gelişi görülebilir. Klasik şekilde prezente olan vakalarda anamnez oldukça yol göstericidir, fakat 30 yıl önce geçirdiği sezaryen sonrası tek semptomu hafif üriner inkontinans olan hasta gibi nadir vakalar da akılda tutulmalıdır⁵. Uterovezikal fistüller sekonder infertilite ve ilk trimester düşüklere de sebep olabilir⁶.

Bizim hastamızda olduğu gibi mesaneye verilen metilen mavisinin spekulum muayenesinde serviksten gelişinin görülmesi tanı koydurucudur. Fistül traktı lokalize edilmek istenirse intravenöz ürografi, sistografi, transvajinal ultrasonografi, sonohisterografi, histerosalpingografi ve pelvik magnetik rezonans görüntüleme (MRI) gibi farklı görüntüleme yöntemleri de kullanılabilir⁷. Pelvik MRI'in %100 tanı koydurucu olduğunu ve tanıda ilk seçenek olarak kullanılabileceğini bildiren çalışmalar vardır^{8,9}.

Tedavide ekspektan yaklaşım tercih edilirse en az 4-8 hafta süren mesane kateterizasyonu ve oral kontraseptifler, progestagenler veya gonadotropin hormon analogları ile amenore sağlanarak fistül traktının kapanması beklenebilir¹⁰⁻¹². Tanı koyulup herhangi bir tedavi yapılmadan spontan olarak semptomları kaybolan vaka bildirilmiştir¹³. Sıklıkla tercih edilen standart tedavi yöntemi ise cerrahidir. Cerrahide temel prensip fistül traktının eksizyonu, mesane ve uterusun onarımı ve tercihen onarılan dokular arasına omentum gibi destek dokunun interpozisyonudur. Cerrahi transabdominal yolla yapılabileceği gibi laparoskopi ve robotik cerrahi gibi minimal invazif yöntemler de kullanılabilir¹⁴⁻¹⁶. Seçilmiş vakalarda küçük fistül traktı varlığında sistoskopik olarak fulgurasyon ile tedavi önerilmiştir¹⁷. Hemen postpartum dönemde semptomların geliştiği hastalarda mesane kateterizasyonu ile ekspektan yaklaşım tercih edilebilir veya 3 ay kadar uterus involusyonu ve inflamasyon sürecinin ta-

mamlanması beklenerek cerrahi planlanabilir. Yoğun hematürinin ve ağrının eşlik ettiği, geniş fistül traktı düşünülen ve postpartum 5. gün ve 17. gün kadar kısa sürede cerrahi yapılan hastalarda başarılı sonuçlar bildirilmiştir⁴.

Vezikouterin fistüller nadir görülmesine rağmen sıklıkla hematüri, amenore, intermittan idrar kaçırma şikayeti olan hastalarda akla gelmelidir. Erken dönemde konservatif tedaviler düşünülebilir fakat standart tedavisi cerrahidir. Artan sezaryen oranları ile artan komplikasyonlardan biri olması nedeniyle önleyici cerrahi yaklaşımlar üzerinde durmak önemlidir. Sezaryen operasyonu öncesi mesanenin boş olmasına önem verilmeli, mesanenin uterus alt segmentten diseksiyonu özenli yapılmalıdır. Sezaryen operasyonunda mesane yaralanması fark edildiyse aynı ameliyatta onarım sonrası doku interpozisyonu tercih edilmelidir⁴.

KAYNAKLAR

1. Iloabachie, G. C., & Njoku, O. (1985). Vesico uterine Fistula. *British journal of urology*, 57(4), 438-439.
2. Youssef, A. F. (1957). "Menouria" following lower segment cesarean section. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 73(4), 759-767.
3. Bağbancı, M. Ş., Emir, M. L., Dadalı, M., & Karabulut, A. (2014). Vesicouterine fistula, a rare cause of genitourinary fistula. *Turkish Journal of Urology*, 40(4), 251-4.
4. Bettez, M., Breault, G., Carr, L., & Tu, L. M. (2011). Early versus delayed repair of vesicouterine fistula. *Canadian Urological Association Journal*, 5(4), E52.
5. Uğurlucan, F. G., Baştu, E., Bakir, B., & Yalçın, O. (2014). Vesicouterine fistula presenting with urinary incontinence 30 years after primary Cesarean: Case report and review of the literature. *Canadian Urological Association Journal*, 8(1-2), E48..
6. Porcaro, A. B., Zicari, M., Antonioli, S. Z., Pianon, R., Monaco, C., Migliorini, F., ... & Comunale, L. (2002). Vesicouterine fistulas following cesarean section Report on a case, review and update of the literature. *International urology and nephrology*, 34(3), 335-344.
7. Bağbancı, M. Ş., Emir, M. L., Dadalı, M., & Karabulut, A. (2014). Vesicouterine fistula, a rare cause of genitourinary fistula. *Turkish Journal of Urology*, 40(4), 251-4.
8. Abou El Ghar, M. E., El Assmy, A. M., Refaie, H. F., & El Diasty, T. A. (2012). Radiological diagnosis of vesicouterine fistula: role of magnetic resonance imaging. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 36(2), 438-442.
9. Murphy, J. M., Lee, G., Sharma, S. D., Doble, A., & Lomas, D. J. (1999). Vesicouterine fistula: MRI diagnosis. *European radiology*, 9(9), 1876-1878.
10. Józwick, M. (1998). Spontaneous closure of vesicouterine fistula. Account for effective hormonal treatment. *Urologia internationalis*, 62(3), 183-187.
11. Eogan, M., & McKenna, P. (2003). Conservative management of a traumatic uterovesical fistula ('Youssef'ssy-

- ndrome'). European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 110(1), 114-116.
12. Yip, S. K., & Leung, T. Y. (1998). Vesicouterine fistula: an updated review. International Urogynecology Journal, 9(5), 252-256.
 13. Ekinci, M., Hoşcan, M. B., & Tunçkiran, A. (2008). Pregnancy following spontaneous closure of a vesicouterine fistula. Türk Üroloji Dergisi, 34(3), 379-81.
 14. Garza, C. R., Clavijo, R., & Sotelo, R. (2012). Laparoscopic treatment of genitourinary fistulae. Archivos españoles de urologia, 65(7), 659-672.
 15. Abdel-Karim, A. M., Elmissiry, M., Aboufotouh, A., Mousa, A., & Elsalmy, S. (2013). Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) and conventional laparoscopic extravesical repair of vesicouterine fistula: single-center experience. International urology and nephrology, 45(4), 995-1000.
 16. Chang-Jackson, S. C. R., Acholonu Jr, U. C., & Nezhat, F. R. (2011). Robotic-assisted laparoscopic repair of a vesicouterine fistula. JSL: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 15(3), 339.
 17. Molina, L. R., Lynne, C. M., & Politano, V. A. (1989). Treatment of vesicouterine fistula by fulguration. The Journal of urology, 141(6), 1422-1423.