TRATAMENTUL FISTULELOR VEZICO-VAGINALE PRIN ABORD TRANSVAGINAL

ADRIAN HAŞEGAN[1]

[1]*Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu*

Cuvinte cheie: *fistula vezico-vaginală, cancer de col uterin, histerectomie*

Rezumat: *Fistulele vezico-vaginale sunt complicaţii posibile ale histerectomiei. Lucrarea îşi propune să evidenţieze avantajele abordului transvaginal pentru rezolvarea acestor fistule, care sunt indicaţiile, momentul operator optim, tehnica operatorie şi cauzele insuccesele. Am efectuat un studiu perspectiv asupra unei serii de 20 cazuri clinice de fistulă vezico-vaginală post–histerectomie pe cale abdominală internate în Clinica de Urologie Sibiu, în perioada 2007-2013. Din acestea, 8 cazuri cancer de col uterin şi 12 cazuri pentru fibrom uterin. Diagnosticul s-a stabilit pe baza examenului clinic local, cistografiei şi cistoscopiei, care au evidenţiat traiectul de comunicare patologică, cu diametrul de 0.5-1 cm. în spaţiul retrotrigonal (11 paciente) şi trigonal (9 paciente), la distanţă variabilă de orificiile ureterale. Fistula s-a instalat la scurt timp postoperator (în medie 5 zile), cu pierderea totală sau parţială a urinei pe cale vaginală. Rezultatele au fost favorabile, un singur caz care s-a vindecat spontan, după îndepărtarea endoscopică a firelor sintetice de sutură şi drenaj vezical prelungit şi vindecare per primam la 17 paciente. Restul pacientelor au fost operate pe cale vaginală prin tehnica înfundării în bursă a traiectului fistulos. În 3 cazuri s-a constatat redeschiderea traiectului fistulos care a necesitat rezolvare prin abord abdominal transperitoneal. Sunt analizate ca posibile cauze ale recidivei: dimensiunea mare a orificiului de comunicare vezico-vaginală, traiectul fistulos imatur cu reacţie inflamatorie întreţinută de firele de sutură de la operaţia de histerectomie şi infecţia urinară. În concluzie, procentul ridicat al reuşitei 17/20 paciente (85%), precum şi calea simplă de abord, fără complicaţii viscerale sau hemoragice, recomandă această operaţie cu respectarea următoarelor principii: intervenţia tardivă la 2-3 luni de la instalarea fistulei, montarea sondelor ureterale acolo unde traiectul fistulos este aproape de orificiul ureteral, separarea peretelui vezical de cel vaginal în jurul traiectului fistulos, înfundarea cu fir în bursă a traiectului fistulos, interpoziţia flapului de ţesut vascularizat între linia de sutură vezicală şi cea vaginală, acolo unde este posibil.*

Keywords: *vesicovaginal fistula, cervical cancer, hysterectomy*

Abstract: *Vesicovaginal fistulas are possible complications of hysterectomy. This paper aims at highlighting the advantages of transvaginal approach in order to solve these fistulas, what are the indications, optimal timing of surgery, surgical technique and causes of failures. We conducted a perspective study on 20 clinical cases of vesicovaginal fistula after hysterectomy via abdominal approach, hospitalized within the Urology Clinic of Sibiu, between 2007 and 2013. Of these, 8 were cases of cervical cancer and 12, cases of uterine fibroids. Diagnosis was based on the local clinical examination, cystoscopy and cystography, which revealed the pathological communication path with a diameter of 0.5-1 cm in the retrotrigonal space (11 patients) and trigonal (9 patients), at a variable distance from the urethral orifices. Fistula was installed shortly after surgery (on average, 5 days), with the total or partial loss of urine vaginally. The results were favourable, one case healed spontaneously after the endoscopic removal of suture synthetic threads and prolonged bladder drainage and per primam healing in 17 patients. The remaining patients were operated vaginally through the technique of clogging the fistulous traject. In 3 cases, it was found the reopening of the fistulous traject, requiring transperitoneal abdominal approach. The following are considered as possible causes of relapse: the large size of vesicovaginal communication orifice, immature fistulous traject with inflammatory reaction maintained by hysterectomy stitches and urinary infection. In conclusion, the high percentage of success rate, of 17/20 patients (85 %), and the simple approach without visceral or bleeding complications, recommend this type of surgery with the observance of the following principles: late intervention at 2-3 months after the installation of fistula, installing urethral probes where the fistulous traject is near the urethral orifice, the separation of the bladder wall from the vaginal one around the fistulous traject, clogging the fistulous treject with purse-string suture, interposition of vascularised tissue flap between the bladder suture line and the vaginal one, where possible.*

INTRODUCERE

Operaţiile ginecologice, în special histerectomia pe cale abdominală, sunt principalele cauze ale fistulelor vezico-vaginale. Manoperele obstetricale la naştere sunt cauze rare de fistule vezico-vaginale complexe, asociate cu incontinenţă urinară prin interesarea sfincterului. Fistulele vezico-vaginale

[1]Autor corespondent: Adrian Haşegan, Str. Lucian Blaga, Nr. 2A, Sibiu, România, E-mail: adihasegan@yahoo.com, Tel: +0745 381064
Articol intrat în redacţie în 20.02.2014 şi acceptat spre publicare în 16.05.2014
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Iunie 2014;2(2):110-112

iatrogene (după histerectomie) sunt rezultatul necrozei tisulare şi eroziunii produse de sutura bontului vaginal cu fire nerezorbabile transfixiante prin vezica urinară. O altă cauză posibilă este lezarea vezicii urinare nerecunoscută intraoperator cu formarea unui urinom în spaţiul vezico-vaginal care ulterior se va drena prin bontul vaginal şi va forma traiectul fistulos.

SCOP

Lucrarea îşi propune o analiză a modului de rezolvare a acestor fistule vezico-vaginale posthisterectomie, în vederea aprecierii eficienţei şi avantajelor abordului transvaginal prin sutura cu fir în bursă şi înfundarea traiectului fistulos.

MATERIAL ŞI METODĂ DE LUCRU

Au fost analizate 20 cazuri de fistulă vezico-vaginală post-histerectomie pe cale abdominală, internate în Clinica Urologie Sibiu, în perioada 2007-2013. Din acestea, 8 cazuri cancer de col uterin şi 12 cazuri fibrom uterin. Diagnosticul s-a stabilit pe baza examenului clinic local, cistografiei şi cistoscopiei, care au evidenţiat traiectul de comunicare patologică cu diametrul de 0.5-1 cm. în spaţiul retrotrigonal (11 paciente) şi trigonal (9 paciente) la distanţă variabilă de orificiile ureterale. Vârsta pacientelor a fost cuprinsă în intervalul 45-62 ani. În toate cazurile, fistula s-a instalat la scurt timp postoperator, în medie 5 zile, cu pierderea totală sau parţială a urinei pe cale vaginală. Pacientele nu au avut antecedente urinare, cu hematurie inconstantă postoperator.

Pentru evaluarea morfo-funcţională a aparatului uro-genital s-a efectuat examenul clinic local incluzând tuşeul vaginal şi examenul cu valve, ecografia abdomino-pelvină, probele de funcţie renală, examenul urinei, urocultura, urografia cu timpi cistografici. Examenul cistoscopic a confirmat prezenţa fistulei cu localizarea şi caracteristicile sale morfologice, urmat de extragerea firelor de nylon pe cale vezicală sau vaginală, prezente la toate cazurile şi chiuretarea traiectului fistulos. La 11 paciente fistula a fost situată retrotrigonal, iar la 9 paciente în trigon, la 1-2 cm. de unul din orificiile ureterale. Sonda vezicală a fost menţinută, sub protecţie cu antibiotice, timp de 10-14 zile după evaluarea endoscopică şi îndepărtarea firelor de nylon transvezicale. Un singur caz de fistulă mică cu diametrul sub 0,5 cm s-a vindecat spontan după această perioadă de sondaj vezical prelungit. În celelalte cazuri, pierderile totale sau parţiale de urină pe cale vaginală au continuat chiar sub drenaj vezical, motiv pentru care sonda a fost suprimată, iar pacienta a fost operată pe cale vaginală după cel puţin 2 luni de maturare a traiectului fistulos.

Tehnica chirurgicală a presupus o reevaluare endoscopică cu fixarea sondei ureterale de protecţie la 11 paciente, fixarea sondei Foley 12-14 Ch., cu balonul în vezică, pe traiectul fistulos prin folosirea unei sonde ureterale tractoare vezico-vaginale. Timpul vaginal a constat din incizia circulară a peretelui vaginal în jurul orificiului fistulos evidenţiat de sonda Foley transfistulară (A), disecţia spaţiului vezico-vaginal sub tracţiunea continuă a sondei Foley (B), fir de vicryl 0 în bursă (B) şi ligatura cu înfundarea traiectului fistulos în vezică după scoaterea sondei (C), controlul cistoscopic şi verificarea permeabilităţii suturii, urmată de refacerea peretelui vaginal (F); drenajul uretro-vezical timp de 5-7 zile.

REZULTATE

Rezultatele au fost favorabile, un singur caz care s-a vindecat spontan, după îndepărtarea endoscopică a firelor sintetice de sutură şi drenaj vezical prelungit şi vindecare per primam la 17 paciente. Restul pacientelor au fost operate pe cale vaginală prin tehnica înfundării în bursă a traiectului fistulos.

În 3 cazuri, fistula a recidivat după un interval de 10-14 zile. Am identificat: 2 cazuri de fistulă vezico-vaginală cu diametru mare (1 cm) operate precoce, cu ţesuturi inflamate care nu au permis o disecţie bună a spaţiului vezico-vaginal şi un caz la care histerectomia pentru cancer uterin a fost urmată de iradiere, cu ţesuturi friabile improprii acestui tip de sutură. Recidivele au fost rezolvate prin abord trans-peritoneo-vezical cu interpoziţie de meşă epiploică (operaţia Diettel–Forgue-Legueu). Nu au fost înregistrate leziuni ale ureterului.

DISCUŢII

Factorii care cresc riscul fistulei vezico-vaginale post histerectomie sunt antecedentele chirurgicale uterine incluzând cezariana, antecedentele vezicale, endometrioza, radioterapia pelvină preoperatorie, neoplasmele genitale, infecţiile incluzând TBC-ul uro-genital. Posibilitatea dezvoltării unei fistule există în cazurile cu hematurie postoperator, aceasta fiind o consecinţă a lezării vezicii. Pacientele acuză pierderi de urină, care se dovedesc a fi pe cale vaginală, imediat după operaţie, dar de cele mai multe ori pierderile apar la 5-10 zile postoperator. În cazul fistulelor largi, pierderile de urină pe cale vaginală sunt totale, iar în cazul fistulelor mici, pacienta pierde urină mai ales când vezica este plină. Diagnosticul diferenţial trebuie făcut cu incontinenţa urinară prin disfuncţia vezico-uretrală, drenajul vaginal al lichidului peritoneal, alte forme anatomopatologice de fistule uro-genitale: fistula uretero-vaginală, fistula utero-vezicală, fistula uretro-vaginală.(1) Pentru aceasta este necesar un examen vaginal complet în care fistula este evidenţiată de obicei la nivelul suturii bontului vaginal. Instilaţiile vezicale cu soluţiile colorate contribuie la stabilirea formei anatomopatologice de fistulă. Examenul cistoscopic simultan cu examinarea vaginală localizează fistula în raport cu orificiile ureterale.(2) Biopsia din buzele fistulei este necesară în cazul pacientelor cu neoplazii genitale pentru a surprinde eventuale restanţe tumorale. Urografia intravenoasă este necesară pentru evaluarea statusului morfo-funcţional al aparatului urinar superior şi eventual pentru excluderea unei fistule uretero-vezicale care poate însoţi o fistulă vezico-vaginală în 10% din cazuri. Dacă urografia nu pune în evidenţă ureterele sau apar modificări neelucidate, ureteropielografia retrogradă este investigaţia care precizează cu acurateţe existenţa unor leziuni ureterale.

Referitor la tratamentul fistulelor vezico-vaginale trebuie precizat că o dată diagnosticul stabilit, sonda vezicală trebuie fixată, iar antibioticele şi antispasticele trebuie administrate. Folosirea estrogenilor poate fi benefică pentru îmbunătăţirea vascularizaţiei şi troficităţii peretelui vaginal. Un procent redus de fistule mici (în statistica noastră 1/20) se pot vindeca prin aceste măsuri conservatoare. În literatură au fost propuse metode de electrocauterizare transvezicală sau transvaginală a fistulelor de 1-3 mm., cu rezultate inconstante şi cu riscul de a mări traiectul fistulos.(3)

Eşecul tratamentului conservator constituie indicaţia pentru o intervenţie chirurgicală, respectând câteva principii esenţiale pentru reuşita operaţiei. Nici un compromis nu trebuie făcut, mai ales la prima intervenţie care are întotdeauna cea mai mare şansă de succes. De aceea, întotdeauna trebuie luaţi în considerare mai mulţi factori incluzând etiologia, durata fistulei, calitatea ţesuturilor care vor fi reparate şi chiar experienţa chirurgului urolog.(5) Sunt importante şi trebuie aplicate principiile chirurgicale primare (suturi netensionate, neinfectate şi uscate). Acolo unde calitatea suturii este îndoielnică se recomandată interpoziţia unei grefe vascularizate (ex. lamboul de grăsime labială Martius).(6)

CONCLUZII

- Fistulele vezico-vaginale iatrogene sunt complicaţii posibile, de nedorit, ale operaţiilor ginecologice.
- Plaga vezicală poate fi recunoscută şi rezolvată în acelaşi timp operator, doar sutura incorectă a vezicii poate genera fistula vezico-vaginală.
- Firul nerezorbabil transfixiant vezical este cauza cea mai frecventă a fistulelor vezico-vaginale; hematuria post operator ridică această suspiciune.
- Tehnica de înfundare în bursă a traiectului fistulos pe cale vaginală, pentru cei cu experienţă, reprezintă o modalitate de rezolvare uşoară atunci când sunt respectate anumite principii care ţin de pregătirea preoperatorie, momentul operator, tehnica operatorie adecvată formei anatomo-patologice de fistulă şi îngrijirile postoperatorii.
- Fistulele simple, mici şi mijlocii cu localizare retrotrigonală sunt indicaţii de elecţie pentru acest procedeu, care evită calea abdominală şi posibilele complicaţii legate de aceasta.
- Cateterul ureteral asigură integritatea ureterului în situaţia vecinătăţii acestuia cu traiectul fistulos.
- Rezultatele favorabile obţinute 17/20 (77%) sunt argumente ale autorilor pentru folosirea acestui procedeu de rezolvare a fistulelor vezico-vaginale.
- Recidivele sunt cauzate de nerespectarea protocolului preoperator sau de dificultăţi tehnice legate de rezistenţa ţesuturilor lezate.

REFERINŢE

1. Barnes R, Hadley H, Johston O.Transvaginal repair of vesico-vaginal fistulas. Urology 1977;10:258.
2. Blaivas JG, Herytz DM, Romantzi LJ. Early versus late repair of vesicovaginal fistulas: Vaginal and abdominal approaches. J Urol 1995;153:1110-1113.
3. Frohmuller H, Hofmockel G. Transvaginal closure of vesicovaginal fistulas-Urologe A 1998 Jan;37(1):70-4 Comment in: Urologe A 1998 Jan;37(1):102.
4. Leach GE, Trockman BA. Surgery for vesicovaginal and urethrovaginal fistula and urethral diverticulum – Campbell's Urology –Seventh Edition 1998;1(37):1135-1151
5. Gerber GS, Schonberg HW. Femele urinary fistlas. J Urol 1993;149:229.
6. Goodwin WE, Scardino PT. Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas; a summary of 25 years of experience. J Urol 1980;123:370.
7. Mondet F, Chartier-Kastler EJ, Conort P, Bitker MO, Chatelain C, Richard F - Anatomic and functional results of transperitoneal-transvesical vesicovaginal fistula repair. Urology 2001 Dec;58(6):882-6.
8. Stovsky MD, Ignatiff JM, blumm MD. Use of electrocoagulation in the treatment of vesiovaginal fistulas. J Urol 152:1443-1444.