

Clinica de obstetrică-ginecologie (cond.: conf. dr. C. Boga, doctor în medicină)
și Clinica de urologie (cond.: conf. dr. D. Niculescu, doctor în medicină)
din Tirgu-Mureș

CONDUITA ȘI REZULTATE ÎN CHIRURGIA FISTULELOR VEZICO-VAGINALE APĂRUTE DUPĂ HISTERECTOMII TOTALE

C. Boga, I. Mártha

Cu toate că frecvența lor este în scădere, — cele cauzate de noxe obstetricale fiind pe cale de dispariție, — fistulele vezico-vaginale constituie totuși o problemă a ginecologului-chirurg. Cele care apar după intervenții ginecologice, în special după histerectomii totale sau radicale executate pe cale abdominală sau vaginală, prezintă greutăți de rezol-

vare în primul rînd prin localizarea lor înaltă și traiectul lor, fiind situate de obicei în țesutul cicatricial al bontului vaginal fixat și fiind deseori duble sau chiar multiple. Aceste situații creează greutăți în mobilizarea bontului vaginal și în executarea în bune condiții vizuale și tehnice a operației pe cale vaginală, punînd la îndoială de la bun început reușita intervenției. Fistulele pot recidiva precoce sau tardiv după prima tentativă de rezolvare chirurgicală, indiferent de tehnica și calea aleasă, chiar dacă momentul și felul procedurii chirurgicale a fost ales în modul cel mai judicios.

Cura unei fistule vezico-vaginale poate fi efectuată pe trei căi: vaginală, transperitoneo-vezicală sau transvezicală-extraperitoneală. Calea vaginală este folosită cu preferință de marea majoritate a operatorilor și pe bună dreptate: oferă în majoritatea cazurilor o accesibilitate bună și o optimă posibilitate pentru evidarea largă și infundarea în două straturi și fără tensiune a peretelui vezical, cît și pentru capitonarea spațiului dintre vezică și vagin. Experiența clinicii de obstetrică-ginecologie întărește aceste păreri. În ultimii 30 de ani au fost tratate 40 de femei cu fistule genito-urinare dintre acestea 25 de fistule vezico-vaginale au fost operate cu succes pe cale vaginală, în majoritate prin metoda lui Fűth. Calea transperitoneo-vezicală, procedeul Chiricuța (epiplooplastia vezicală), tehnica descrisă de Eisen și colab. (interpoziția de lambou peritoneal-adipos) sînt destinate rezolvării fistulelor apărute după tratamentul radio-chirurgical al cancerului colului uterin și a celor asociate cu fistule ureterale. Calea transvezicală-extraperitoneală, cu toate că prezintă avantaje indiscutabile față de cea transperitoneală, fiind cu mult mai puțin șocantă și traumatizantă, a fost mai puțin folosită la noi în țară.

Începînd din 1975, am introdus în practica clinicii de obstetrică-ginecologie o nouă tehnică chirurgicală pentru rezolvarea fistulelor vezico-vaginale recidivante după o primă tentativă de închidere efectuată pe cale vaginală sau a acelorora în cazul cărora am renunțat la această cale de la bun început, avînd în vedere localizarea și particularitățile fistulei. Este vorba de așa numita tehnică a „lamboului în vizieră”, executată transvezical prin cistotomie înaltă, metodă introdusă de Schmiedt în 1966. Cu toate că numărul femeilor operate de noi prin această tehnică este încă mic, rezultatele obținute credem că ne îndreptătesc să facem cunoscută experiența noastră și tehnica operatorie folosită.

Am executat această intervenție în 4 cazuri de fistule vezico-vaginale apărute după histerectomii totale abdominale efectuate pentru fibromioame uterine și situate în linia cicatricii bontului vaginal. În primul caz (B. C. de 45 ani, f. obs. 468 1975 — gin.) operația transvezicală a fost precedată cu doi ani în urmă de o tentativă nereușită de rezolvare pe cale vaginală după tehnica Fűth. În alte două cazuri (F. E. de 66 ani, f. obs. 788 1976 — gin. și N. R. de 44 ani, f. obs. 316 1977 gin.) am ales inițial calea transvezicală socotind că operația pe cale vaginală nu prezintă șanse de reușită, avînd în vedere localizarea fistulei și imobilitatea, fixarea bontului vaginal. În primul caz existența unor concremenți calculi urinari prezenți în traiectul fistulos recidivant, iar în al treilea caz prezența a două fistule separate ar fi îngreuiat operația pe cale vaginală. Al patrulea caz (D. S. de 52 ani, f. obs. 115 1978 — gin.) a prezentat o dificultate deosebită fiind vorba de o bolnavă diabetică, cu o formă severă, greu compensabilă chiar și cu doze mari de insulină. De fapt și apariția fis-

tulei vezico-vaginale la două săptămâni după histerectomia totală executată pentru un uter polifibromatos retroflectat și inclavat în micul bazin, se poate datora probabil diabetului.

În aceste condiții am încercat închiderea fistulei prin procedeul Fűth pe cale vaginală, în condiții tehnice grele, traiectul fistulos fiind situat în zona țesutului cicatricial al bontului vaginal, mobilizarea țesuturilor fiind foarte anevoioasă. Poate datorită acestui factor, poate din cauza diabetului, la 12 zile după tentativa de închidere fistula a recidivat. Operația transvezicală executată după 6 luni de la această tentativă a dus la vindecarea fistulei.

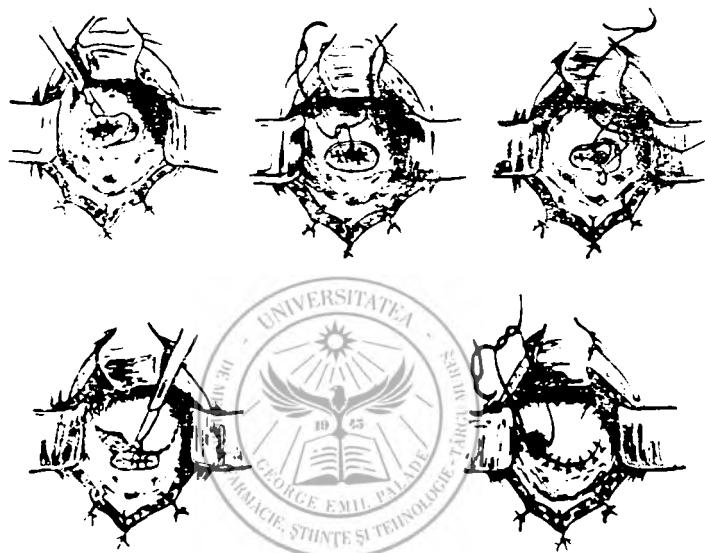


Fig. nr. 1: Schema procedurii chirurgicale, desen executat după: Carl P., Practorius M.: Geburts. u. Frauenheilk. 34 (1974) 699

Tehnica operatorie: prin incizie suprapubiană se deschide vezica, se stabilește localizarea și extinderea leziunilor, a orificiilor fistuloase, se controlează ostiile ureterale. Orificiul fistulei se circumcizează la o distanță de 4—6 mm în formă ovală, formînd un lambou care se prepară în jurul fistulei pînă la nivelul vaginului, extirpînd astfel traiectul fistulos în totalitate. Breșa se închide în trei straturi, peretele vaginal, musculoasa peretelui vezical și în fine mucoasa vezicală, care însă va fi mobilizată prin două mici incizii laterale, permițînd ca aceasta să acopere în forma unui „lambou în vizieră” linia suturii subiacente. Urmează sutura cistotomieii în două straturi și cea a peretelui abdominal, se lasă însă o sondă de drenaj suprapubiană în vezică și se drenează și Retziusul. Se instalează concomitent și un sondaj vezical permanent transuretral. Drenajul Retziusului se suprimă în a 4—5-a zi, sonda suprapubiană se scoate în a 6—7-a zi, după ce urina nu mai este hemoragică, iar sonda uretrală se scoate după 12—14 zile. Se administrează profilactic antibiotice, chimioterapeutice și dezinfectante urinare.

Folosind tehnica descrisă mai înainte am obținut o vindecare per primam în fiecare caz. *Carl* și *Praetorius* relatează despre 69 intervenții executate prin această tehnică a lui *Schmiedt*, cu vindecare obținută în 95%.

Dorim să reafirmăm părerea noastră după care cura fistulelor vezico-vaginale trebuie să fie efectuată de preferință pe cale vaginală. Vor fi însă cazuri care nu se pretează prin particularitățile lor acestei căi de abordare. Pentru rezolvarea acestor cazuri, credem că poate fi folosită cu șanse de succes tehnica „lamboului în vizieră”, prin cistotomie înaltă-extrapéritoneală.

Sosit la redacție: 6 martie 1978.

Bibliografie

1. *Carl P., Praetorius M.*: Geburtsh. u. Frauenheilk. (1974), 34, 9, 699;
2. *Chiricuță I., Goldstein M. B.*: Obstet. și Ginec. (1956), 4, 2, 163;
3. *Eisen M., Jurkovic K., Altwein J. E., Schreiter F., Hohenfellner R.*: Geburtsh. u. Frauenheilk. (1974), 34, 9, 706;
4. *Lörincz E. A., Borbáth A., Boga C., Berger B.*: Tratatamentul chirurgical al fistulelor vezico-vaginale pe cale vaginală. Consfătuirea „Chirurgia ginecologică pe cale vaginală”, Arad, 16 apr. 1976. Vol. rez. p. 80.

PROCEEDING AND RESULTS IN THE SURGERY OF VESICOVAGINAL FISTULAS AFTER TOTAL HYSTERECTOMY

The vesicovaginal fistulas occurring in cicatricial tissue after total hysterectomy are not suited to vaginal operation. For these cases and recurrent fistulas after attempts through intravaginal closure, the authors made use of *Schmiedt's* transvesical technique in four cases, obtaining healing per primam. The fistulas were the sequel of total hysterectomies performed in cases of uterine fibromyoma. In two of the four cases, the transvesical operation was preceded by an attempt of vaginal intervention.
