

פיסטולה (נצור) במערכת הגניטואורינרית (מעבר מקשר בין מערכת המין לשתן) ע ל ו ן מ י ד ע ל א י ש ה

1. מהי פיסטולה גניטואורינרית?
2. מהם הגורמים לפיסטולה גניטואורינרית?
3. איך מעריכים פיסטולה גניטואורינרית?
4. מהן אפשרויות הטיפול?

מהי פיסטולה גניטואורינרית?

פיסטולה גניטואורינרית היא מעבר לא תקין, המחבר בין הנרתיק, השופכה, שלפוחית השתן או השופכן. פיסטולה יכולה להיווצר כתוצאה מטראומה במהלך ניתוח או לידה. פיסטולה גניטואורינרית יכולה לגרום להסתת השתן ממיקומו הנורמלי – שופכנים (הצינורות המעבירים את השתן מהכליות לשלפוחית השתן), שלפוחית שתן ושופכה. שם הפיסטולה מוגדר לפי המיקום האנטומי שלה. פיסטולה בין השופכן-לנרתיק, בין שופכן-לרחם, בין השופכה-לנרתיק ושלפוחית השתן-לרחם או שלפוחית השתן-לנרתיק.

נשים עם פיסטולה גניטואורינרית עלולות לחוות את התסמינים הבאים:

- דלף קבוע של שתן דרך הנרתיק לאחר טראומה או פגיעה.
- טפטוף קבוע או לסירוגין (עלול לבלבל עם דליפת שתן במאמץ).
- ריח רע או הפרשה שמקדימה את דליפת השתן
- ריח של שתן מהנרתיק.
- מתן שתן בכמויות קטנות מאחר ושלפוחית השתן לעולם אינה מתמלאת.
- דלקות חוזרות בדרכי השתן. כאב מותניים ו/או חום עלול להיות סימן לזיהום בכליות או זיהום עולה של דרכי השתן.
- שתן עלול לדלוף לחלל הבטן ולגרום לכאב בטן, בחילה, הקאה, אנורקסיה, תפיחות בטנית או חסימת מעי דק.

מהם הגורמים לפיסטולה גניטואורינרית?

פיסטולות יכולות להיות מולדות, משמע שאישה נולדת עם מעבר מקשר לא תקין בין 2 חללים. במרבית המקרים, הפיסטולה נוצרת לאחר טראומה בניתוח או במהלך לידה. במדינות מתפתחות, 90% מהפיסטולות הגניטואורינריות נוצרות לאחר טראומה מיילדותית, בשל לידה ממושכת. במדינות מפותחות, 75% מהפיסטולות נוצרות עקב נזק ישיר או עקיף בניתוחים גינקולוגיים או ניתוחי אגן אחרים. פיסטולות מאוחרות, המופיעות כ- 7-21 ימים לאחר ניתוח, נגרמות במצב של נזק איסכמי, נמק ו/או זיהום שהפריע לריפוי פצע.

גורמי סיכון להתפתחות פיסטולה גניטואורינרית:

- **ניתוחי אגן:** ניתוח קיסרי, ניתוח לאנדומטריוזיס, ניתוח לאחר קרינה לאגן.
- **מיילדותיים:** לידות עצורות, לידות מכשירניות (בסיוע ואקום או מלקחיים) וכריתת רחם לאחר לידה, לרוב עקב דמם מסיבי או זיהום קשה במהלך או לאחר לידה.
- **מצבים אחרים:** ממאירות, ניתוח במערכת העיכול, גופים זרים (כמו פסארי), חשיפה קודמת לקרינה לאגן.

איך מעריכים פיסטולה גניטואורינרית?

דיון ראשוני עם הרופא/ה המטפלת/ת כולל מעבר על ההיסטוריה הרפואית הגינקולוגית והמיילדותית. רוב הנשים מתלוננות על דליפת שתן קבועה.

יש לבצע בדיקה לדנית לזיהוי מיקום דליפת שתן ולשלול דליפת שתן שמגיעה מהפתח החיצוני של השופכה. ניתן לתת טיפול תרופתי, פומי, בכדור שמשנה את צבע השתן לכתום, על מנת להבדיל בין שתן לבין הפרשות נרתיקיות ולאפשר את זיהוי מקום הפיסטולה.

אם בבדיקה הדנית לא מצליחים לזהות את מיקום את הפיסטולה, יש צורך לבצע בדיקות נוספות. ממלאים את שלפוחית השתן במים בצבע כחול, כדי לזהות נוזל שדולף משלפוחית השתן לנרתיק. בדיקה זו עלולה שלא לאתר פיסטולה בין השופכן לנרתיק, כיוון שצינורות אלה, המעבירים את השתן מהכליה לשלפוחית השתן, אינם משנים צבעם בתהליך שתואר.

בדיקה נוספת היא ציסטו-אורתררו-סקופיה, שימוש במצלמה להסתכלות בתוך שלפוחית השתן והשופכה, על מנת למצוא את מיקום הפיסטולה. בדיקה זו יכולה גם לשמש את הרופא/ה להעריך עד כמה הפיסטולה קרובה לפתחי השופכנים בשלפוחית השתן ולעזור לתכנן את הגישה

הניתוחית הטובה ביותר לתיקונה. אם הועלה חשש לנזק לשופכנים, יש להמשיך בבדיקות רדיולוגיות נוספות. ניתן להשתמש ב-CT אורוגרפיה תוך ורידי או אמצעי דימות אחר של הכליה והשופכנים, להדמיה של דליפת שתן מחוץ למערכת השתן.

מהן אפשרויות הטיפול?

לא כל הפיסטולות מצריכות התערבות ניתוחית. פיסטולות קטנות, אותן מזהים במהלך שבעה ימים לאחר היווצרות הנזק, יכולות להסגר לאחר ניקוז ממושך של שלפוחית השתן עם קטטר. ייתכן ויהיה צורך באמצעי דימות נוסף לאחר מכן, כדי לוודא שהפיסטולה נסגרה. אם יש נזק לשופכן, יהיה צורך בהשמת תומכן מסוג J כפול. השמת התומכן למשך זמן ממושך מאפשר לפיסטולה להיסגר.

אם הטיפול השמרני נכשל, יהיה צורך להתערב ניתוחית. הניתוח יבוצע ע"י מומחה/ית בעל/ת הכשרה בתיקון ניתוחי של פיסטולות גינטואורינריות. אם מזהים פיסטולה תוך 24-48 שעות, ניתן לתקן אותה באופן מיידי. לרוב, לאחר טראומה ראשונית שגרמה לפיסטולה, ניתוח התיקון נדחה, על מנת לאפשר לרקמה שליד הפיסטולה להחלים, לדלקת לחלוף ולאפשר מישורים ניתוחיים ורקמה טובים יותר.

הגישות הניתוחיות לפיסטולות גינטואורינריות הינן נרתיקית, בטנית או דרך שלפוחית השתן עצמה (גישה טרנס-וסיקלית). בחירת הגישה הניתוחית נקבעת לפי מיקום הפיסטולה, רקע רפואי וגודל הפיסטולה. לעיתים, אספקת הדם לרקמה הצמודה לפיסטולה ענייה ועל כן, יש צורך בשתל, כדי לסייע בריפוייה. בין השתלים בהם נעשה שימוש ניתן למצוא רקמת שומן של המטופלת או שריר שממוקם מעל אזור תיקון הפיסטולה. ניתן להשתמש בשתלים ביולוגיים אחרים מבעלי חיים או תרומת מת. במקרים מורכבים של פיסטולה גינטואורינרית, ניתן לבצע הסטת פינוי השתן, על מנת להרחיקו מאזור הפיסטולה ולאפשר לה להחלים. פעולה זו מבוצעת בדרך כלל תוך שימוש בנפרוסטום, המנקז את הכליה ישירות או שימוש במעי דק או גס, כדי להסיט את השתן דרכם.

למרות שפיסטולה גינטואורינרית אינה שכוחה, הניתוחים לתיקונה בעלי אחוזי הצלחה גבוהים ונעים בין 84% ל 100%. לאחר הניתוח, ייתכן ויהיה צורך בניקוז ממושך של השתן באמצעות קטטר, על מנת לאפשר לפיסטולה להחלים.

למידע נוסף, בקר באתר
www.YourPelvicFloor.org
או באתר הישראלי לאורוגינקולוגיה

הערה: מטרתו של עלון לספק מידע בלבד והוא אינו מיועד לסייע באבחון או בטיפול. בכל מצב רפואי יש להיוועץ ברופא/ת הנשים לצורך קבלת מידע נוסף.

תורגם ע"י: האיגוד הישראלי לאורוגינקולוגיה