

Vezikouterin Fistül Onarımlarında Abdominal Yaklaşım

Management of Vesicouterine Fistula with Abdominal Approach

Ömer BAYRAK,^a
Neslihan BAYRAMOĞLU TEPE,^b
İlker SEÇKİNER,^a
Özcan BALAT^b

^aÜroloji AD,

^bKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Gaziantep

Geliş Tarihi/Received: 09.11.2017

Kabul Tarihi/Accepted: 20.11.2017

Yazışma Adresi/Correspondence:

Ömer BAYRAK
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji AD, Gaziantep,
TÜRKİYE/TURKEY
dromerbayrak@yahoo.com

ÖZET Amaç: Vezikouterin fistül (VUF) (Youssef sendromu) oldukça nadir rastlanan bir fistül tipidir. Klasik bulguları; üriner inkontinansın eşlik etmediği siklik hematüri ve sekonder amenoredir. Cerrahi tedavisinde; transvesikal, transabdominal ve transvajinal olarak fistül onarımları yapılabilmektedir. Çalışmamızda; transabdominal yaklaşımla, omental flep taşınması ile uygulanan onarımlara ait sonuçlarımız sunulmuştur. **Gereç ve Yöntemler:** Ocak 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında VUF tanısıyla kliniğimizde opere edilen dört hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, fistül etiolojisinde rol oynayan faktörler, operasyonların zamanlaması, fistülün büyüklüğü ve izlem süreleri kaydedildi. Tüm hastalara cerrahi öncesi sistoskopi eşliğinde metilen mavisi testi uygulandı. Tanıda şüphe duyulan iki hastaya eş zamanlı histeroskopi yapıldı ve uterin kavitenin maviyeye boyandığı görüldü. Cerrahi işlemde, transabdominal olarak fistül traktı bulunup, hem mesane hem de uterusun diseke edilip eksize edildi. Uterus duvarındaki ve mesanedeki defekt ayrı ayrı kapatılıp, iki yapının arasına omental flep tespit edildi. **Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 38,25 (32-43) yıl, ortalama fistül boyutu 2.0 (1-3) cm olarak hesaplandı. Üç hastada sezaryen (C/S) sonrası, bir hastada infertilite nedeni ile uygulanan diagnostik laparoskopi + histerosalpingografi sonrası VUF geliştiği saptandı. Dördüncü sezaryen sonrası, postoperatif 10. gün fistül geliştiği saptanan 1 hastaya erken onarım yapılırken, diğer hastalara sırasıyla VUF gelişikten sonra sırasıyla iki ay, iki ay ve üç yıl sonra onarım yapıldı. Hem erken, hemde geç onarım yapılan hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Ancak, postoperatif “de novo urgency” şikâyetleri olan 2 (%50) hastaya antimuskaridik ilaç başlandı. Ortalama 14,5 (10-22) aylık izlemlerde hiçbir hastada nüks gelişmedi. **Sonuç:** Vezikouterin fistüller en az görülen jinekolojik fistüllerden biri olup, C/S en sık nedenini oluşturmaktadır. Doğurganlığın korunacağı durumlarda, uterus koruyucu prosedürler; transabdominal yaklaşımla omental flep taşınması etkin ve güvenilir bir yöntem olarak uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Siklik hematüri; vezikouterin fistül; omental flep

ABSTRACT Objective: Vesicouterine fistula (VUF) (Youssef's syndrome) is a very rare type of genitourinary fistula. Classical findings are; cyclic hematuria and secondary amenorrhea, which is not accompanied by urinary incontinence. In surgical treatment; transvesical, transabdominal and transvaginal fistula repair can be performed. In this study; we aimed to present the outcomes of transabdominal approach through omental flap transport. **Material and Methods:** Between January 2016-January 2017, 4 patients with VUF were evaluated, retrospectively. Age of the patients, etiology, timing of operations, fistula size, and follow-up period were recorded. Cystoscopy and methylene blue test was performed in all patients. Simultaneous hysteroscopy was performed in two patients who were suspected of diagnose and it was seen that uterine cavity was painted in blue. In surgical procedure, fistula tract was found transabdominally. It was dissected and excised from both the bladder, and uterus. The defect on the uterine wall and bladder was closed separately, and an omental flap was fixed between two structures. **Results:** Mean age of the patients was 38.25 (32-43) years and mean fistula size was calculated as 2.0 (1-3) cm. VUF was occurred in 3 patients after cesarean sections (C/S) (after 3th, 4th, 5th C/S, respectively), and in 1 patient after diagnostic hysteroscopy procedure performed for infertility. One patient was operated in early period (on the postoperative 10th day), while other two patients were repaired after 2 months, and one patient after 3 years postoperatively. No intraoperative complications occurred in early or late repair. However, antimuskaridik drugs were prescribed to 2 (50%) patients due to denovo urgency. No recurrence occurred in any of patients with a mean follow-up of 14.5 (10-22) months. **Conclusion:** Vesicouterine fistulas are one of the least common gynecological fistulas and its most common cause is C/S. In cases when fertility is desired, uterus protective procedures; omental flap transfer with transabdominal approach can be performed as an effective and reliable method.

Keywords: Cyclic hematuria; vesicouterine fistula; omental flap

Vezikouterin fistül (VUF) (Youssef's sendromu), nadir olarak karşımıza çıkan ve tüm ürogenital fistüllerin %2-9'unu oluşturan fistül tipidir.^{1,2} Yüzde 83-88'i alt segment sezaryen (C/S) cerrahisi ile birliktelik göstermektedir.^{3,4} Alt segmente uygulanan, tekrarlayan kesilerle insidansı artış göstermektedir.⁴ Klasik olarak VUF, 1957 yılında Youssef'in tanımladığı şekilde, menstrüel siklus sırasında gözlenen siklik hematüri (menoüri), amenore, aralıklı vajinal idrar kaçığı triadı ile karşımıza çıkmaktadır.⁵ Bununla birlikte, bu triad her vakada bulunmayabilmektedir. Bazen VUF asemptomatiktir veya sadece sulu vajinal akıntı ile kendini göstermektedir.⁶

VUF'lerin çoğunluğu cerrahi onarım gerektirmektedir. Sadece %5'inde konservatif tedaviye yanıt alınmaktadır.⁷ Cerrahi onarımda, açık veya laparoskopik yaklaşımlar denenebilmektedir.⁸ Bununla birlikte, bazı küçük fistüller spontan iyileşebilmektedir. Fertilité arzusu bulunmayan hastalarda histerektomi de bir tedavi seçeneği olarak sunulabilmektedir.⁹ Bu çalışmada, VUF'nin cerrahi tedavisinde transabdominal yaklaşımla, omental flep taşınması yoluyla uygulanan onarımlara ait deneyimlerimizin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında, VUF tanısıyla kliniğimizde opere edilen dört hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak çalışma gerçekleştirilmiş ve çalışmaya katılan hastalara "bilgilendirilmiş olur" formu doldurtulmuştur. Tüm hastalardan detaylı anamnez alınmış ve genitoüriner sistem muayenesi yapılmıştır. Hastalara sistografi ve üreterovajinal fistülü dışlamak için intravenöz piyelografi (İVP) çekilmiştir. Hastaların yaşı, fistül etiolojisinde rol oynayan faktörler, operasyonların zamanlaması, fistülün büyüklüğü, izlem süreleri, intraoperatif ve postoperatif meydana gelen komplikasyonları kaydedilmiştir.

Genel anestezi altında tüm hastalara sistoskopi eşliğinde metilen mavisi testi yapılmıştır. Test sırasında mesaneye metilen mavisi verilmiş, serviks bujilerle dilate edilip metilen mavisinin serviksten

drene olup-olmadığı değerlendirilmiştir. Tanıda şüphe duyulan iki hastaya eş zamanlı histeroskopi yapılmış ve uterin kavitenin maviiye boyandığı görülmüştür.

CERRAHİ TEKNİK

Genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda lokal temizlik ve uygun örtünmeyi takiben, fistül konumu ureter orifisine yakın olan hastalara peroperatif Double-J üreteral kateter implantasyonu yapıldı. Sonrasında açık cerrahiye geçildi. Pfannenstiel insizyonla transabdominal yoldan mesane posterioruna ulaşıldı ve serbestleştirildi. Fistül traktı bulunup, hem mesane hem de uterustan disseke ve eksize edildi. Uterus duvarındaki defekt poliglaktin 3/0 vikril ile sütüre edildi. Mesanede oluşan defekt ise poliglekapron 3/0 Monocryl (Ethicon), poliglaktin 2/0 vikril ile iki kat hâlinde kapatıldı. Mesaneye eş zamanlı 16 F foley sistostomi ve 20 F üretral sonda yerleştirildi. İki yüz cc serum fizyolojik üretral yolla verilerek, mesaneden kaçak olup olmadığı değerlendirildi. Takiben omental flep yeterli uzunlukta serbestleştirilip, uterus ile mesane arasında oluşturulan alana birkaç sütürle tespit edildi. Hastaların sistostomisi iki hafta, üretral sondası dört hafta sonra çekildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 38,25 (32-43) yıl, ortalama fistül boyutu 2,0 (1-3) cm olarak hesaplandı. Üç hastada C/S sonrası, bir hastada infertilite nedeni ile uygulanan diagnostik laparoskopi + histeroskopi sonrası VUF geliştiği saptandı. C/S sonrası VUF gelişen üç hastanın da mükerrer (sırasıyla üç, dört, beşinci C/S sonrası) kez geçirilmiş C/S öyküleri mevcuttu. Dördüncü C/S sonrası, post-operatif 10. gün fistül geliştiği saptanan bir hastaya; hemodinamik instabilite ve mesane irrigasyonuna rağmen hematürinin kontrol altına alınamaması nedeni ile acil cerrahi girişim uygulandı. İki hastada fistül onarımı iki ay sonraya ertelendi. Operasyon öncesi bu iki hasta, altı hafta sondalı kaldı, ancak şikâyetlerinde düzelme olmadı. Birinde ise fistül cerrahisi hastanın geç başvurusu nedeni ile üç yıl sonra yapılabildi.

Üç hastada VUF supratrigonal, 1 hastada ise sol yan duvar yerleşimliydi. Fistül yerleşiminin üreter orifisine yakın olması nedeni ile 2 hastada bilateral, bir hastada unilateral Double-J üreteral kateter açık cerrahi öncesi implante edildi.

Hem erken hem de geç onarım yapılan hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Ancak, postoperatif “de novo urgency” şikâyetleri olan 2 (%50) hastaya postoperatif dönemde antimuskarinik ilaç başlandı. Ortalama 14,5 (10-22) aylık izlemlerde hiçbir hastada nüks saptanmadı.

Hastalara ve operasyonlara ait veriler Tablo 1’de görülmektedir.

TARTIŞMA

VUF’ler, mesane ile uterus korpusu veya serviksi arasında görülen nadir bir ürogenital fistül tipidir. Geçmişte; zor doğum veya operatif vajinal doğum bu fistüllerin oluşumundan sorumlu temel etiyolojik faktör olarak sunulur iken; günümüzde, çalışmamızda da görüldüğü üzere VUF’lerin çoğunluğunun alt segment C/S ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.¹⁰ C/S sırasında aşırı diseksiyon, klemp hasarı, uterus kapanması sırasında mesane duvarından sütür geçilmesi ve diyatermik koterizasyon mesanenin devaskülarizasyonu ile sonuçlanabilmektedir.¹¹ Obstetrik girişimlerden önce mesanenin boşaltılması, cerrahi prensiplere dikkat edilmesi ve alt uterin segmentin dikkatli diseksiyonu fistül oluşma riskini en aza indirmektedir.^{12,13}

Rajamaheswari ve ark. 17 vakayı içeren çalışmalarında, VUF’lerin %76,5 (13/17)’inin tekrarlayan C/S operasyonları sonucu geliştiğini belirtmişlerdir. Geriye kalan iki hastada uzamış doğum

öyküsü, birinde C/S sonrası vajinal doğum öyküsünün olduğu bildirilmiştir. Bir hastada ise VUF’nin herhangi bir risk faktörü olmadan ortaya çıktığı saptanmıştır.¹⁰ Çalışmamızda da, dört hastanın 3 (%75)’ünde tekrarlayan C/S öyküsü (sırasıyla üç, dört, beşinci C/S sonrası) mevcuttu. Bir hastada ise VUF diagnostik laparoskopi+histeroskopi işlemi sonrası gelişse de bu hastanın öyküsünde de geçirilmiş iki C/S ameliyatı öyküsü bulunmakta idi.

Postoperatif C/S veya diğer jinekolojik prosedürlerin erken dönemlerinde makroskobik hematurü ve/veya üriner kaçak olduğunda VUF’den şüphelenilmelidir.¹⁴ Metilen mavisi testi, servikal os yoluyla mavi sızıntıyı ortaya çıkarmakta ve VUF’yi tanımlamaktadır. Bununla birlikte, bu test uzun ve kıvrımlı yol varlığında negatif olabilmektedir.^{15,16} Çalışmamızda dört hastaya da metilen mavisi testi uygulanmış, iki hastada serviksten mavi sıvı gelişi izlenmiş, diğer iki hastada ise test negatif olduğundan histeroskopi yapılarak uterin kavitenin maviye boyandığı görülmüştür. Standart protokolümüzü oluşturan (sistografi, IVP, sistoskopi eşliğinde metilen testi, histeroskopi) basit yöntemleri birleştirerek tanıyı teyit etmek mümkün olduğundan, hastalar üst düzey görüntüleme teknikleriyle değerlendirilmemiştir. Ancak, tanı şüpheli ve klinik tablo atipik ise bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme de tanıda değerli olabilmektedir.¹⁶⁻¹⁸

VUF onarımında cerrahi tedavinin zamanlaması önemlidir.^{17,18} Uterus involüsyonu ve inflamasyonun ortadan kalkması için gereken süre dikkate alındığında, genellikle iki-dört aylık bir

TABLO 1: Hastalara ve operasyonlara ait veriler.

	Yaş (yıl)	Etiyoloji	Operasyon zamanlaması	Fistül boyutu (cm)	Fistül yerleşimi	Double-J kateter		İzlem süresi	Nüks
						gereksinimi	Komplikasyon		
Hasta 1	35	4. C/S	10. gün	1	Supratrigonal	-	-	22 ay	-
Hasta 2	43	LS/HS (2 C/S öyküsü mevcut)	2 ay	2	Sol yan duvar	Sol	-	14 ay	-
Hasta 3	32	5. C/S	2 ay	2	Supratrigonal	Bilateral	De novo urgency	12 ay	-
Hasta 4	43	3. C/S	3 yıl	3	Supratrigonal	Bilateral	De novo urgency	10 ay	-

C/S: Sezaryen; LS/HS: Diagnostik laparoskopi + histerosalpingografi.

zaman aralığında yapılmalıdır.¹⁹ Bazı araştırmacılar, hastalığa bağlı sosyal ve ailesel sınırlamaları göz önüne alarak erken tamiri savunmaktadır.²⁰ Doğumdan hemen sonra VUF gelişmiş ise, kateterin dört-sekiz hafta süreyle tutulması fistül yolunun spontan kapanmasını sağlayabilmektedir.²¹ Çalışmamızda, dördüncü C/S sonrası postoperatif 10. gün fistül geliştiği saptanan bir hastaya; hemodinamik instabilite ve mesane irrigasyonuna rağmen hematürinin kontrol altına alınamaması nedeni ile acil cerrahi girişim uygulanmıştır. Diğer iki hastada fistül onarımı iki ay sonra ertelenmiştir. Operasyon öncesi bu iki hasta, altı hafta sondalı kalmış, ancak şikâyetlerinde düzelme olmamıştır. Bir hastada ise fistül cerrahisi hastanın geç başvurusu nedeni ile üç yıl sonra yapılabilmektedir.

VUF'nin cerrahi tedavisinde transabdominal, transvezikal ve transvajinal yollar tanımlanmıştır. Abdominal yaklaşım daha sık kullanılmaktadır.¹⁴ Cerrahi işlemin erken dönemde yapılması durumunda iyileşme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁰ Transabdominal yolla cerrahi onarımda, mesane ve uterus arasına omental doku ya da abdominal yağdan hazırlanan bir destek dokusunun yerleştirilmesi önerilmektedir.^{22,23} Ockrim ve ark.nın çalışmasında %94 başarı oranı bildirilmiştir.²⁴ Genital bir patoloji mevcut iken, menopoz veya menopoza yakın multipar kadınlarda, servikal defekti kapatmanın imkânsız olduğu ve yoğun skar dokusundaki fistülün görselleştirilmesinin zor olduğu hastalarda, total histerektomi VUF tamiri ile birlikte endike olabilmektedir.^{25,26} Ancak, çalışmamızdaki tüm hastalar fertilitelerinin devamını istediklerinden için histerektomi uygulanmamıştır.

Çalışmamızda, hasta sayısının az olması en önemli limitasyonu oluşturmaktadır. Bencheckroun ve ark.nın rapor ettiği en büyük vaka serisinde, üri-ner kontinans hastaların %80'inde sağlanmıştır. Yirmi beş yıllık bir süre boyunca izlem altında olan 30 hastanın %20'sinde rezidüel fistül ortaya çıkmıştır.²⁷ Çalışmamızda, 14,5 aylık izlemde hiçbir hastada nüks gelişmemiştir. Ancak, iki hastada "de novo urgency" gelişmesi sebebiyle antimuskarinik ilaç başlanmıştır.

SONUÇ

VUF'nin çoğunluğu geçirilmiş alt segment C/S ile ilişkilidir. Özellikle mükerrer C/S hastalarında alt uterin segmentin çok dikkatli diseke edilmesi, uterus kapatılırken mesane duvarından uzak sütür geçişi fistül gelişim riskini azaltmaktadır. VUF'nin cerrahi tedavisinde hasta, fertilitésinin korunmasını istiyorsa; transabdominal yolla omental flep taşınarak yapılan VUF tamiri, etkin ve güvenilir bir metot olarak uygulanabilmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir Kavram: Ömer Bayrak; **Tasarım:** Ömer Bayrak, Neslihan Bayramoğlu Tepe; **Denetleme/Danışmanlık:** Özcan Balat, İlker Seçkiner; **Veri Toplama:** Ömer Bayrak; **Analiz ve Yorum:** Ömer Bayrak, Neslihan Bayramoğlu Tepe; **Kaynak Taraması:** Neslihan Bayramoğlu Tepe; **Makalenin Yazımı:** Ömer Bayrak, Neslihan Bayramoğlu Tepe; **Eleştirel İnceleme:** İlker Seçkiner; **Kaynak ve Fon Sağlama:** Neslihan Bayramoğlu Tepe; **Malzemeler:** Ömer Bayrak, Özcan Balat.

KAYNAKLAR

- Hadzi-Djokic JB, Pejic TP, Colovic VC. Vesico-uterine fistula: report of 14 cases. BJU Int 2007;53(6):1361-3.
- El-Lamie IK. Urogenital fistulae: changing trends and personal experience of 46 cases. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2008;19(2):267-72.
- Porcaro AB, Zicari M, Zecchini Antonioli S, Pionon R, Monaco C, Migliorini F, et al. Vesico-uterine fistulas following cesarean section: report on a case, review, and update of the literature. Int Urol Nephrol 2002;34(3):335-44.
- Józwik M, Józwik M, Lotocki W. Vesicouterine fistula--analysis of 24 cases from Poland. Int J Gynaecol Obstet 1998;57(2):169-72.
- Youssef AF. Menouria following lower segment cesarean section; a syndrome. Am J Obstet Gynecol 1957;73(4):759-67.
- Kilinc F, Bagis T, Guvel S, Egilmez T, Ozkardes H. Unusual case of post-cesarean vesicouterine fistula (Youssef's syndrome). Int J Urol 2003;10(4):236-8.
- Józwik M, Józwik M. Spontaneous closure of vesicouterine fistula. Account for effective hormonal treatment. Urol Int 1999;62(3):183-7.
- Hemal AK, Sharma N, Mukherjee S. Robotic repair of complex vesicouterine fistula with and without hysterectomy. Urol Int 2009; 82(4):411-5.

9. Ugurlucan FG, Bastu E, Bakir B, Yalcin O. Vesicouterine fistula presenting with urinary incontinence 30 years after primary cesarean: case report and review of the literature. *Can Urol Assoc J* 2014;8(1-2):E48-50.
10. Rajamaheswari N, Chhikara AB. Vesicouterine fistulae: our experience of 17 cases and literature review. *Int Urogynecol J* 2013;24(2):275-9.
11. Tancer ML. Vesicouterine fistula--a review. *Obstet Gynecol Surv* 1986;41(12):743-53.
12. Rao MP, Dwivedi US, Datta B, Vyas N, Nandy PR, Trivedi S, et al. Post caesarean vesicouterine fistulae--Youssef syndrome: our experience and review of published work. *ANZ J Surg* 2006;76(4):243-5.
13. Porcaro AB, Zicari M, Zecchini Antonioli S, Pisanon R, Monaco C, Migliorini F, et al. Vesicouterine fistulas following cesarean section: report on a case, review and update of the literature. *Int Urol Nephrol* 2002;34(3):335-44.
14. DiMarco CS, DiMarco DS, Klingele CJ, Gebhart JB. Vesicouterine fistula: a review of eight cases. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(4):395-9.
15. Park BK, Kim SH, Cho JY, Sim JS, Seong CK. Vesicouterine fistula after cesarean section: ultrasonographic findings in two cases. *J Ultrasound Med* 1999;18(6):441-3.
16. Mercader VP, McGuckin JF Jr, Caroline DF, Chatwani A, Seidmon EJ. CT of vesicocorporeal fistula with menouria: a complication of uterine biopsy. *J Comput Assist Tomogr* 1995;19(2):324-6.
17. Buckspan MB, Simha S, Klotz PG. Vesicouterine fistula: a rare complication of cesarean section. *Obstet Gynecol* 1983;62(3 Suppl):64s-6s.
18. Falk HC, Tancer ML. Management of vesical fistulas after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1956;71(1):97-106.
19. Setubal A, Clode N, Bruno-Paiva JL, Roncon I, Graça LM. Vesicouterine fistula after manual removal of placenta in a woman with previous cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;84(1):75-6.
20. Bettez M, Breault G, Carr L, Tu le M. Early versus delayed repair of vesicouterine fistula. *Can Urol Assoc J* 2011;5(4):E52-5.
21. Bhattacharjee S, Kohli UA, Sood A, Tripathy S, Gupta M. Vesicouterine fistula: Youssef's syndrome. *Med J Armed Forces India* 2015;71(Suppl 1):S175-7.
22. Issa MM, Schmid HP, Stamey TA. Youssef's syndrome: preservation of uterine function with subsequent successful pregnancy following surgical repair. *Urol Int* 1994;52(4):220-2.
23. el-Lateef Moharram AA, el-Raouf MA. Retropubic repair of genito-urinary fistula using a free supporting graft. *BJU Int* 2004;93(4):581-3.
24. Ockrim JL, Greenwell TJ, Foley CL, Wood DN, Shah PJ. A tertiary experience of vesico-vaginal and urethro-vaginal fistula repair: factors predicting success. *BJU Int* 2009;103(8):1122-6.
25. Schroeder T, Kristensen JK. A case of vesicouterine fistula after cesarean section with delivery through the bladder. *J Urol* 1983;129(2):371.
26. Holden D, Vere M, Manyonda I. Vesico-uterine fistula occurring in a woman with a previous caesarean section and two subsequent normal vaginal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101(4):354-6.
27. Benchekroun A, Lachkar A, Soumana A, Farih MH, Belahnech Z, Marzouk M, et al. [Vesicouterine fistulas. Report of 30 cases]. *Ann Urol (Paris)* 1999;33(2):75-9.