

Marlies Reulecke

Dr. med.

Die Ureterosigmoidostomie als alternative Behandlungsmethode bei Patientinnen mit konventionell nicht zu behandelnden vesikovaginalen Fisteln in einem Missionskrankenhaus in Niger

Geboren am 6.2.1961

Reifeprüfung am 18.12.1979

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom
SS 1981 bis WS 1986/1987

Physikum am 22.3.1983 an der Freien Universität Berlin

Klinisches Studium in Berlin

Praktisches Jahr in Berlin

Staatsexamen am 27.5.1987 an der Freien Universität Berlin

Promotionsfach: Frauenheilkunde

Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Wacker

Fragestellung

Die geburthilflich bedingten vesikovaginalen Fisteln stellen im Niger aufgrund der schwierigen sozio-ökonomischen Lage noch immer ein großes Problem dar. Im Krankenhaus in Galmi werden im Jahr zwischen 60 und 70 Fisteln operiert, wobei die komplizierten Fisteln einen hohen Anteil stellen. So wurden in Galmi im Untersuchungszeitraum 60 Ureterosigmoidostomien durchgeführt.

Bisher liegen noch keine Untersuchungen zu Komplikationen nach Ureterosigmoidostomien in den sich entwickelnden Ländern vor.

Mit dieser Arbeit wird die Erfolgsrate der Fisteloperationen im Krankenhaus in Galmi und insbesondere die der Ureterosigmoidostomien untersucht.

Es werden die folgenden Schwerpunkte dargestellt:

1. Welche Art vesikovaginaler Fisteln wurden in Galmi mit welchem Erfolg operiert ?
2. Bei welchen Fisteln wurde eine Ureterosigmoidostomie durchgeführt ?
3. Wie ist es den Patientinnen hinsichtlich der Komplikationen und der Lebensqualität nach der Ureterosigmoidostomie ergangen?

Methode

In einer retrospektiven Analyse wurden die Krankenakten der Fistelpatientinnen mit Hilfe eines Datenerhebungsbogens ausgewertet.

Die Patientinnen, die mit einer Ureterosigmoidostomie versorgt worden sind, wurden zwischen April und Juni 1997 zur Nachuntersuchung ins Krankenhaus eingeladen bzw. zu Hause aufgesucht, wo ihnen 5 Fragen zu ihrem Befinden gestellt wurden.

Ergebnisse

Vom Juni 1989 bis April 1996 wurden 452 vesikovaginale Fisteln operiert. Diese Operationen verteilten sich auf 412 Frauen.

95,8% der Fisteln sind durch eine protrahierte Geburt verursacht, 1,77% iatrogen bedingt und 2,43% durch traditionelle Heiler verursacht.

34% der Fisteln waren klein oder mittelgroß, 4% klein mit Zerstörung der Urethra, 17% groß, 6% groß mit Zerstörung der Urethra, 0,6% urethrovaginal, 16% voroperiert, 2% multiple, 4% kombiniert mit einer rektovaginalen Fistel und 2% der Fälle verteilten sich auf andere Fisteln.

82% der Fisteln wurden vaginal verschlossen, 5% abdominal und bei 13% wurde eine Ureterosigmoidostomie durchgeführt, das heißt, daß 94% der Verschlüsse vaginal operiert wurden.

Im Laufe der Untersuchungsperiode wurde die Verschlusstechnik von dreischichtig auf zweischichtig geändert, ohne daß sich die Erfolgsrate verschlechterte. Sie war bei dem dreireihigen Verschuß 85% und bei dem zweireihigen Verschuß 90%.

89% der Frauen waren nach dem ersten Fistelverschuß kontinent.

Bei 15% der Frauen wurde eine Ureterosigmoidostomie durchgeführt

In 50% dieser Fälle lag eine Zerstörung der Urethra vor, in 28% handelte es sich um bereits voroperierte Fisteln, in 10% um große, in 5% um Fisteln in Kombination mit einer rektovaginalen Fistel und in 6% um eine Fistel mit starken Vernarbungen.

Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt betrug 6,1 Tage.

Die Nachuntersuchungen wurden nach einer Zeit von 12 bis 66 Monaten durchgeführt mit einer durchschnittlichen Dauer von 26,2 Monaten.

Nur 5% Frauen mit Ureterosigmoidostomie entwickelten eine Pyelonephritis. Die Operationsmortalität lag bei 1,6%.

90% der Frauen waren mit ihrer Lebensqualität zufrieden. 95% der Frauen waren tagsüber kontinent. 66% waren wiederverheiratet und 9% hatten nach der Ureterosigmoidostomie ein Kind geboren.

Diskussion

Die Erfolgsrate nach Fistelverschuß von 89% plaziert das Krankenhaus in Galmi in die obere Bandbreite der in der Literatur angegebenen Erfolgsraten. Die Verteilung der verschiedenen Arten von Fisteln und auch der Anteil der Mißerfolge bei entsprechenden Fisteln entspricht in etwa denen anderer Krankenhäuser in sich entwickelnden Ländern. Allerdings liegt die Rate der Ureterosigmoidostomien relativ hoch. Über Erklärungen für diesen Umstand kann nur spekuliert werden.

Die Komplikationsrate von 5% Pyelonephritiden ist erstaunlich niedrig. Wobei man diese Rate nur mit Untersuchungen in den Industrieländern vergleichen kann, da es in den sich entwickelnden Ländern bisher noch keine Untersuchungen gibt.

Die Kontinenzrate liegt mit 95% im oberen Bereich der in der Literatur erwähnten Kontinenzraten. Auch die Rate an zufriedenen Patientinnen von 90% bestätigt die in der Literatur häufig geäußerte Annahme, daß die Ureterosigmoidostomie gut akzeptiert wird.

Nach Betrachtung der anderen zur Verfügung stehenden Harnableitungsformen schneidet die Ureterosigmoidostomie gerade für Patienten in sich entwickelnden Ländern sehr gut ab.

Schlußfolgerung

Die operative Therapie der vesikovaginalen Fisteln stellt auch in Zukunft eine große Herausforderung an die behandelnden Ärzte. Dabei ist es das Ziel, die Kontinenz der Frauen wiederherzustellen. In den meisten Fällen wird das durch den Verschluss der Fistel gelingen, aber in einigen wenigen Fällen wird eine Harnableitung nicht zu umgehen sein. In Ländern wie dem Niger wird die Wahl auf die Ureterosigmoidostomie fallen, stellt sie doch eine einfache und von den Patientinnen gut akzeptierte Methode dar.

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen dabei die Hoffnung aufkommen, daß die viel zitierten Komplikationen dieser Operation bei afrikanischen Patientinnen weniger häufig auftreten.