

Sebastian Zucker, geb. Kammerer  
Dr. med

**Die vesikovaginale Fistel in der Sahelregion von Burkina Faso.  
Motivation und Mobilisation der betroffenen Frauen unter Berücksichtigung der  
lokalen Verhältnisse vor Ort. Eine Analyse des Projektes „Fistelklinik Dori“.**

Geboren am 23.04.1977 in Heidelberg  
Staatsexamen am 17.05.2006 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Frauenheilkunde  
Doktorvater: Prof. Dr. med. J. Wacker

Die vesikovaginale Fistel stellt in Burkina Faso wie in anderen afrikanischen Ländern südlich der Sahara ein lang vernachlässigtes Gesundheitsproblem von ungeahnter Prävalenz dar. Im Rahmen dieser Arbeit sollte daher in der Sahelregion von Burkina Faso nach Frauen mit vesikovaginaler Fistel gesucht und deren Situation anhand einer Datenerhebung erfasst werden. Durch den Aufbau des Projekts „Fistelklinik Dori“ sollte darüber hinaus an dem Distriktkrankenhaus der Provinzhauptstadt Dori betroffenen Frauen die Möglichkeit zur Operation gegeben werden.

Die Suche nach Frauen mit vesikovaginaler Fistel erfolgte zunächst über eine Kontaktaufnahme mit den Verantwortlichen der Gesundheitsstationen und den traditionellen Hebammen der Region, um diese auf die Thematik anzusprechen und Informationen zu den ihnen bekannten Frauen mit vesikovaginaler Fistel zu bekommen. Außerdem wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, potentielle Fistelpatientinnen per Radio nach Dori einzuladen, indem das Krankheitsbild beschrieben und die Bevölkerung auf die neugeschaffene Anlaufstelle in Dori aufmerksam gemacht wurde. Durch ein systematisches Anfahren der Dörfer im Untersuchungsgebiet schließlich konnte den bisherigen Hinweisen nachgegangen und ein persönlicher Kontakt zu den betroffenen Frauen hergestellt, aber auch auf direktem Wege nach Fistelpatientinnen gesucht werden. Alle Frauen wurden eingeladen, sich zu einem bestimmten Termin in Dori für eine Operation vorzustellen.

Von September 2002 bis November 2003 wurden 32 Fistelpatientinnen gefunden. Bei 26 Frauen ergab sich die Möglichkeit zur Datenerhebung und 21 Frauen erschienen zur Operation in Dori. Bis auf zwei Ausnahmen präsentierten sie sich als Frauen ohne Schulbildung aus ärmlichen, ländlichen Verhältnissen, ihrem äußeren Erscheinungsbild nach waren sie von eher kleiner und schlanker Statur, was sich bei

10 Frauen in einem BMI unter 19 äußerte. 14 der 26 Frauen heirateten vor einem Alter von 16 Jahren, 11 von diesen (sowie 2 weitere) hatten ihre erste Geburt noch bevor sie 18 Jahre alt wurden, so dass bei 13 Erstgebärenden die Geburt aufgrund ihres jungen Alters mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Risikogeburt behaftet war. Insgesamt hatten 19 Frauen bereits vor einem Alter von 20 Jahren eine vesikovaginale Fistel entwickelt. Die Entstehung der Fisteln konnte bei allen 26 Frauen auf einen prolongierten Geburtsverlauf zurückgeführt werden, der im Einzelfall bis zu 8 Tage dauerte. Von den 26 die Fistel induzierenden Geburten fanden 23 in medizinischen Einrichtungen statt, was einen ungewöhnlich hohen Anteil darstellt. Allerdings erreichten 19 Frauen die endgültige medizinische Einrichtung erst nach 3 bis 4 Tagen, so dass der Ort der Entbindung kaum noch Auswirkungen auf die Fistelentstehung hatte. Welche Rolle die weibliche Genitalbeschneidung bei der Fistelentstehung spielte, konnte man bei den 21 nachweislich beschnittenen Frauen nicht erkennen.

13 Frauen wurden nach der Fistelentstehung von ihren Männern verlassen. Dabei war der Zeitpunkt der Trennung deutlich mit dem Auftreten der vesikovaginalen Fistel assoziiert. Interessanterweise konnten 3 der verlassenen Frauen trotz des Fistelleidens eine neue Partnerschaft eingehen. In einer traditionell auf Kinderreichtum ausgerichteten Familienstruktur stellt die Kinderlosigkeit ein weiteres soziales Problem dar, was bei 16 von 26 Frauen der Fall war.

Die Zahl der gefundenen Frauen mit vesikovaginaler Fistel war im Vergleich zu Berichten aus anderen Sahelländern relativ klein. Die Gründe hierfür sind vielseitig und bedürften einer längeren Beobachtung. Sie könnten aber in den Verhältnissen vor Ort gesucht werden, die auch durch ein distanzierendes Verhalten der Bevölkerung gegenüber dem Krankenhaus geprägt waren. Es hat sich gezeigt, dass in einer Region mit einer halbnomadisierenden Bevölkerung ein phasenweises Operationsangebot nicht die Methode der Wahl ist. Wünschenswert wäre die längere, besser noch ständige Präsenz eines Arztes, der die auftretenden Fistelfälle umgehend und jederzeit behandeln könnte.