

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Fallbericht: Vesikovaginalfistel
nach abdominaler Hysterektomie**

Bichler A

Journal für Urologie und

*Urogynäkologie 1999; 6 (4) (Ausgabe
für Schweiz), 32-35*

Journal für Urologie und

*Urogynäkologie 1999; 6 (5) (Ausgabe
für Österreich), 27-30*

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



FALLBERICHT: VESIKOVAGINALFISTEL NACH ABDOMINALER HYSTEREKTOMIE

Summary

An abdominal total hysterectomy was done on a 46 year old nulligravida because of myomas. Due to its size the uterus was removed in two portions (supracervically; removal of the cervix). Sutures for hemostasis were placed in the posterior bladder wall. During the first 2 postoperative days a makrohämaturia was observed; the Foley catheter was removed five days after surgery. Antibiotics were given prophylactically for 10 days. A cystoscopy on the 9th postoperative day showed a small hemorrhagic and necrotic lesion in the mucosa of the posterior

bladder wall. The patient was discharged 10 days after hysterectomy. Six weeks later the patient reported on urinary urge problems but no leaking was noted at the gynecological examination. During the following weeks the bladder problems increased and were thought to be urge incontinence. Correct diagnosis of a vesicovaginal fistula was made 4 months after the first surgery, successful repair of the fistula was done by the Latzko method (high colpocleisis). Causes and types of urogenital fistulas are shown and different operating techniques of vesicovaginal fistulas are discussed.

nach abdominalen und vaginalen Hysterektomien sowie nach Kaiserschnitten auf [1, 2]. Die Häufigkeit von Urogenitalfisteln nach gynäkologischen Operationen wird mit 0,01–0,09 % angegeben [1]. Tabelle 1 zeigt eine Einteilung der Urogenitalfisteln; am häufigsten werden vesikovaginale Fisteln beobachtet.

Anhand eines Fallberichtes über eine Vesikovaginalfistel nach abdominaler Hysterektomie wird auf deren Ursachen, auf die Diagnostik und die Behandlungsmöglichkeiten eingegangen.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei einer 46-jährigen Nulligravida wurde wegen eines Uterus myomatosus eine abdominale totale Hysterektomie durchgeführt. Wegen der Größe der Gebärmutter erfolgte die Absetzung in zwei Portionen (suprazervikal; Entfernung der Zervix). An der hinteren Blasenwand wurden blutstillende Nähte gesetzt. An den ersten zwei postoperativen Tagen wurde eine Makrohämaturie beobachtet; der Foleykatheter wurde 5 Tage nach dem Eingriff entfernt. Durch 10 Tage wurden prophylaktisch Antibiotika gegeben. Am 9. postoperativen Tag fand sich bei einer Zystoskopie ein kleiner hämorrhagischer und nekrotischer Schleimhautbezirk in der Blasen hinterwand. Die Patientin wurde 10 Tage nach der Hysterektomie entlassen. Bei der ersten postoperativen Kontrolle nach 6

Wochen klagte die Patientin über häufigen Harndrang; bei der gynäkologischen Untersuchung wurde kein Flüssigkeitsabgang bemerkt. In den folgenden Wochen nahmen die Blasenbeschwerden zu und wurden als Urge-Inkontinenz gedeutet. Die korrekte Diagnose einer Vesikovaginalfistel wurde 4 Monate nach dem Ersteingriff gestellt; der Fistelverschluß nach der Methode von Latzko mit hoher Kolpokleisis war erfolgreich. Es werden die Ursachen und Typen von Urogenitalfisteln besprochen und verschiedene Operationstechniken von Vesikovaginalfisteln diskutiert.

EINLEITUNG

Urogenitalfisteln treten in Ländern mit hochentwickelter Medizin vorwiegend nach gynäkologischen Operationen, insbesondere

FALLBERICHT

K.V., geb. 17.01.1951
Gyn. Abt. vom 20.10.–1.11.1997
Nulligravida. Keine Voroperationen.
Präoperativ: Nierensono o.B.
OP: 26.10.1997 abd. tot. Hysterektomie.
Indikation: Uterus myomatosus mit Beschwerden: Menometrorrhagie mit Anämisierung, Unterbauchschmerzen.
Intraoperativ: Zunächst suprazervikales Absetzen (beengtes OP-Gebiet), dann

Tabelle 1: Urogenitalfisteln [1]

Klassifikation (nach Counselor u. Welch 1960, Elkins u. Fitzpatrick 1993)

- Urethrovaginale Fisteln
- Vesikovaginale Fisteln
- Vesikouterine Fisteln
- Ureterovaginale Fisteln
- Ureterouterine Fisteln
- Komplizierte (zusammengesetzte) Fisteln zwischen Blase, Ureter, Scheide, Darm

Zervixentfernung.

Umsäumungsnahte des Scheidenstumpfes, Scheidenstreifen. Blutstillung im Blasenbett. Peritonisierung des Wundgebietes.

320 g schwerer Uterus myomatosus.

Postoperativ: Transurethraler Dauerkatheter (DK): Harn unmittelbar postop. klar, dann Makrohämaturie 1. und 2. postop. Tag. Antibiotikaprophylaxe durch 10 Tage.

5. postop. Tag: Entfernung des DK. Harnkultur steril.

9. postop. Tag: Zystoskopie: hämorrhagischer Schleimhautbezirk an der Blasen hinterwand mit ca. erbsgroßer Nekrose. Kontroll-Zystoskopie in 3 bis 4 Wochen empfohlen.

10. postop. Tag: Entlassung ohne Beschwerden.

Weiterer Verlauf:

16.12.1997: 1. postop. Kontrolle Gehäufter Harndrang Spiegel + Vaginal: unauff. Befund, kein Fluor

Beurteilung: Im wesentlichen normaler postop. Verlauf, wegen Blasenbeschwerden verlängerte Krankenstandsempfehlung. Ambulante Kontrolle in 2 Monaten empfohlen

25.11.1997–29.1.1998: Urologische Kontrollen (Harnwegsinfekt, Dranginkontinenz)

16.02.1998: Anhaltende Blasenprobleme: Drangsymptomatik bzw. Harnverlust, dann wieder einige Stunden ganz trocken. Keine Schmerzen.

Spiegel: Scheidenblindsack in guter Lage, der Scheidengrund abgeheilt. In der Scheide wässrig klare Flüssigkeit, nach Austupfen sondert sich wieder wäßrige Flüssigkeit ab.

Verdacht auf Vesikovaginalfistel.

Gyn. Abt. vom 02.03.–17.03.1998

Gyn. Aufnahmebefund:

Scheidengrund narbig, in der Mitte eine ca. 1 mm große Öffnung, die sich nicht sicher sondieren läßt. Dzt. kein Flüssigkeitsabgang aus der Scheide.

Blauprobe (nach transurethraler Blasenfüllung mit Methylenblau): aus der Öffnung am Scheidengrund rinnt blaue Flüssigkeit ab.

Infusionsurogramm: Nierenhohlraum und Ureteren zart. Blasenschatten glatt konturiert. Am Ende der Untersuchung Kontrastmitteldepot in der Scheide.

Diagnose: Vesikovaginalfistel nach abd. tot. Hysterektomie.

Therapie: 5.3.1998 vaginaler Fistelverschluß nach Latzko mit hoher Kolpokleisis.

Verlauf: Antibiotische Absicherung. Transurethraler Katheter durch 7 Tage.

Unkomplizierter Harnwegsinfekt. Problemlose Miktion, Kontinenz.

Entlassungsbefund (16.03.1998): Kolpotomienähte in situ, im wesentlichen reizlos. Applikation von Dalacin Vaginalcreme.

Weiterer Verlauf (nach Fistelverschluß):

1. postop. Kontrolle am 21.04.1998:

Pat. ist kontinent und gibt keine Beschwerden an.

Spiegel: Scheidenblindsack mit einer zarten queren Narbe am Grund. Wenig weißliches Scheidensekret, kein Flüssigkeitsabgang.

Rp Ortho-Gynest 3,5 mg Ovula 1 x pro Woche durch 3 Monate.

Urologische Kontrollen

11.5.1998 u. 8.10.1998:

Zystoskopie unauffällig.

Kontrolle am 20.10.1998:

Beschwerdefrei. Unauffälliger gyn. Befund.

DISKUSSION

Postoperative Urogenitalfisteln treten vor allem nach nicht erkannten oder mangelhaft versorgten intraoperativen Blasen- und Ureterläsionen sowie nach unvollständiger Abpräparation der Blase von der Zervix und dem oberen Scheidendrittel (etwa nach vorangegangenen Operationen mit Narbenbildung, bei Endometriose, Myomen) auf. Auch wenn die Blase nicht eröffnet wurde, kann es durch Quetschung oder zu dichte Nähte zu Gewebnekrosen und in der Folge zu Fisteln kommen. [1]. In unserem Fall dürfte die typische „Posthysterektomiefistel“ durch Gewebnekrosen nach den beschriebenen Blutstillungsnahten im Blasenbett entstanden sein. Die postoperative Symptomatik war aufgrund der kleinen Fistel (ca. 1 mm) zunächst uncharakteristisch und wurde als Dranginkontinenz gedeutet. Erst 4 Monate nach dem Primäreingriff wurde die richtige Diagnose gestellt. Bei der Spiegeleinstellung zeigte sich eine Öffnung am Scheidengrund, nach Auffüllen der Harnblase mit Methylenblau wurde der Farbstoffaustritt aus der Öffnung beobachtet. Somit konnte die Diagnose Vesikovaginalfistel gestellt werden. Ein Infusionsurogramm bestätigte die Diagnose und ließ Läsionen an den Ureteren ausschließen.

Tabelle 2 zeigt die chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten von Vesikovaginalfisteln. Der vaginale Zugangsweg bietet sich im allgemeinen an: Er ist für die Patientin weniger belastend und für den vaginalchirurgisch geschulten Operateur ein vertrauter Zugangsweg. Der abdominale Zugang wird bei Problemfällen wie ureternahen, unübersichtlichen, schwer von vaginal zugänglichen oder multiplen Fisteln gewählt.

Wenn man Fisteloperationen plant, sollte man folgende Prinzipien beachten:

- Einschätzen der Erfolgchancen in Hinblick auf die Beschaffenheit der Fistel und die Erfahrung des Operateurs. Grundsätzlich sollte ein erfolgreicher Verschluss mit dem ersten Eingriff gelingen.
- Das Gewebe um die Fistel muß frei von Entzündung und gut durchblutet, die Narbenbildung soll abgeschlossen sein. Daraus ergibt sich bei postoperativen Fisteln eine Wartezeit von ca. 3–4 Monaten bis zum operativen Verschluss.
- Der Zugangsweg muß eine gute Exposition der Fistel samt umgebendem Gewebe ermöglichen.
- Verwendung von atraumatischem, resorbierbarem, dünnem Material.
- Spannungsfreie Nähte.

Tabelle 2: Behandlung von Vesikovaginalfisteln [1]

Vaginaler Zugang:

- Einstülpfen des Fistelkanals (Füth-Mayo)
- Exzision des Fistelkanals und Narbengebietes (Sims-Simon)
- Hohe Kolpokleisis (Latzko)

Abdominaler Zugang:
bei Problemfällen

- Sorgfältige Blutstillung.
- Postoperative Harnableitung.

Im vorliegenden Fall wurde der Fistelverschluss 4 Monate nach der Hysterektomie durchgeführt. Bei der kleinen Vesikovaginalfistel am Scheidengrund bot sich die Technik nach Latzko an. Das Prinzip dieser Methode ist, daß die Fistel selbst nicht genäht werden muß, sondern daß nach Ausschneiden eines zirkulären Scheidenstreifens um die Fistel (Deepithelisierung) vordere und hintere Vaginalwand miteinander vereinigt werden, wodurch der Defekt in der Blase gedeckt wird (Abb. 1). Die Vagina, die im physiologischen Zustand kollabiert ist, wobei Vorder- und Hinterwand aufeinander liegen, wird durch diesen Eingriff in ihrer Funktion nicht beeinträchtigt.

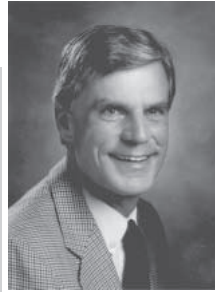
Bei den anderen in Tabelle 2 angeführten vaginalen Operationstechniken zum Verschluss von Vesikovaginalfisteln wird zum Unterschied zur Latzko-Methode die Blasenwand genäht.

Bei der Wahl des Operationsverfahrens wird man individuell entscheiden, welche Technik am besten anzuwenden ist. Man sollte sich als verantwortungsbewußter Operateur auch nicht scheuen, eine Patientin an eine Institution mit größerer Erfahrung in der Fistelchirurgie zu überweisen, weil derartige Eingriffe sehr schwierig sein können und der Erfolg der primären Fisteloperation für das weitere Schicksal ganz entscheidend ist.

Abbildung 1: Erste Nahtreihe der deepithelisierten Scheidenwand (a); Mit der zweiten Nahtreihe werden die Scheidenränder vereinigt (b); aus [1] mit Genehmigung des Georg Thieme-Verlages Stuttgart

Abbildung wegen Copyright-Bestimmungen entfernt.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Alfred Bichler



1943 in Innsbruck geboren. 1967 Promotion zum Doktor der Medizin in Innsbruck. 1968/69 Assistenzarzt am Pathologisch-Anatomischen Institut der Universität Innsbruck, Gegenfächer an der Chirurgischen und Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck. 1970/71 Assistenzarzt an der Universitäts-Frauenklinik Graz. Von 1971 bis 1986 an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck tätig: 1976 Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 1979 Lehrbefugnis als Universitätsdozent für Gynäkologie und Geburtshilfe. Ab 1980 erster Oberarzt und Vertreter des Klinikvorstandes. 1984 a.o. Universitätsprofessor. Mehrere Studienaufenthalte und Gastvorlesungen an führenden ausländischen Frauenkliniken. Seit Juli 1986 Leiter der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung am Landeskrankenhaus Bad Ischl.

Hauptarbeitsgebiete: an der Klinik Perinatologie und operative Gynäkologie, an der Abteilung in Bad Ischl insbesondere Urogynäkologie mit Schwerpunkt Harninkontinenz. Ca. 100 Publikationen und ebenso viele nationale und internationale wissenschaftliche Referate. Mitglied vieler Fachgesellschaften, Vorstandsmitglied der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie seit der Gründung 1991. Als Vorstandsmitglied der Medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich seit 1989 besonders mit Fortbildung befaßt. Gerichtlich beeideter Sachverständiger, wissenschaftliche Befassung mit rechtsmedizinischen Themen.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Alfred Bichler
Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung
Landeskrankenhaus Bad Ischl
A-4820 Bad Ischl, Dr. Mayer-Straße 8-10

Literatur:

1. Hirsch A, Käser O, Ilké FA. Atlas der gynäkologischen Operationen. Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York, 1995; 571-94.
2. Monaghan JM, Feroze R, Newton JR, Stanton STL. Bonney's Gynaecological Surgery. Bailliere Tindall London-Philadelphia-Toronto, 1986; 143-8.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)