

## Kirurgisk hjelp ved obstetriske fistler

### Svært god effekt av Hib-vaksinering i Kenya

Innføring av vaksiner mot *Haemophilus influenzae* type b (Hib) i vaksinasjonsprogrammet for barn i Kenya reduserte forekomsten av denne sykdommen blant barn under fem år med nesten 90 %. Dette viser en studie som nylig er publisert i JAMA (1).

Konjugat Hib-vaksiner ble gitt til alle barn ved seks, ti og 14 ukers alder fra november 2001. Basert på epidemiologiske data for om lag 38 000 barn under fem år i et sykehusdistrikt (Kilifi) og dyrkingsbasert diagnostikk for barn innlagt med invasiv Hib-infeksjon ble forekomsten (insidens) for invasiv Hib-infeksjon fastslått før og etter endringen i vaksinasjonsprogrammet.

Blant barn under fem år var den årlige insidensen av invasiv Hib-infeksjon ett år før og ett og tre år etter innføring av Hib-vaksiner henholdsvis 66, 47 og 7,6 per 100 000 barn. Blant barn under to år var insidenstillene henholdsvis 119, 82 og 16. I 2004–05 var vaksineeffekten (effectiveness) 88 % blant barn under fem år og 87 % blant dem under to år. Av 53 barn innlagt med Hib-infeksjon i perioden 2002–05 var 41 ikke vaksinert, de fleste fordi de var for unge til å ha fått tilbud om vaksine, mens 12 hadde fått to eller flere vaksinedoser, to av disse barna var hivpositive.

Studien dokumenterer en svært god effekt av Hib-vaksiner også i et fattig land som Kenya – helt på høyde med effekten i industrialiserte land. Forfatterne anbefaler andre land å etablere gode overvåkningsrutiner for Hib-sykdom før Hib-vaksiner innføres i deres vaksinasjonsprogram.

#### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

#### Litteratur

1. Cowgill KD, Ndiritu M, Nyiro J et al. Effectiveness of *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccine introduction into routine childhood immunization in Kenya. JAMA 2006; 296: 671–8.

Fistler etter fødsel fører til inkontinens, eksem, sår, infeksjoner og vond lukt. Kvinnene blir stigmatisert og sosialt utstøtt. Leger Uten Grenser har nylig gjennomført et prosjekt i Katanga-provinsen i Den demokratiske republikken Kongo for å hjelpe slike kvinner. Kirurgisk behandling er krevende, særlig under de vanskelige forholdene som rå i området.

En kvinne på 20 år lå på rom 10 på sykehuset i Dubie. Hun lå i mørket, i en forferdelig stank, fullstendig avmagret og ute av stand til å stå på beina, men ved bevissthet. Ett år tidligere hadde hun født sitt første barn ute på markene. Etter tre dager i fødsel hadde man lyktes i å få dratt det døde barnet ut av henne. Men noe var forferdelig galt. Familien, som senere hadde flyktet pga. uroligheter, hadde båret henne med seg hit. Ut fra underlivet hennes rant det en jevn strøm av avføring og urin.

Jeg overvant en spontan trang til å flykte vekk fra lukten og denne grusomme skjebnen, og undersøkte henne forsiktig i sengen. Skilleveggen mellom blære og vagina var fullstendig fraværende – og bak mot rectum var det en langsgående rift der det stadig kom avføring. Den fylte det store hulrommet blæren og skjeden nå utgjorde.

Møtet med kvinnen rystet meg. Etter å ha forhørt meg, skjønnte jeg at det var mange bortgjemte kvinner med obstetriske fistler i vårt område. Noen av disse ble jeg etter hvert godt kjent med da de ankom sykehuset etter dager i fødsel hjemme og ble forløst for sine døde barn hos oss. Det var svært tungt å gå vitst hos dem og først oppleve sorgen over det døde barnet og se den fysiske utmattelsen, deretter skrekken over økende urinlekkasje i dagene som fulgte.

Obstetriske fistler forårsakes av langvarige fødsler (ramme 1) (1–3). Det oppstår iskemi og nekrose i bløtvevet som blir klemt mellom de beinete delene i mors bekken og fosterhodet. Mange får samtidig varierende grad av arrvev og stenoser i vagina. Obstetriske fistler er noe som særlig rammer kvinner i fattige land på grunn av mangel på kyndig fødselshjelp.

#### Krigsherjet område

Jeg var sendt til Dubie i Katanga-provinsen i Kongo for å arbeide for Leger Uten Grenser. Katanga, sørøst i landet, er en fuktig høyslette ved Kongo-flodens utspring. Vi skulle betjene om lag 250 000 hardt prøvede mennesker med helsetjenester. Til tross for offisiell fred siden 2003 lever



de med sine viktigste eiendeler ferdig pakket ved utgangsdøren. Hus og avlinger må stadig etterlates pga. trakassering fra ulike væpnede grupper som kjemper om innflytelse og makt. Åpne krigshandlinger er sjeldent, men ettersom verken geriljaen eller regjeringssoldatene hever en lønn det går an å leve av, stjeler de det de trenger for å overleve.

Jeg var eneste lege i et team med fem utlendinger, som sammen med en lokal stab drev 11 helsestasjoner og to små sykehus i et område der infrastrukturen er nærmest fraværende.

Vårt bidrag var gratis legemidler og medisinsk utstyr, kompetanse, behandlingsprotokoller for de vanligste sykdommene, lønnsmidler til de lokalt ansatte og teknisk utstyr som dieselaggregater, solcellepaneler og biler til frakt av utstyr og pasienter. Ett av målene for mitt opphold var å få etablert trygg kirurgisk virksomhet ved de to sykehusene. Det minste sykehuset hadde ikke operasjonsstue da jeg kom, ved det største drev man både akuttkirurgi og elektiv kirurgi, men det var et betydelig forbedringspotensial innen hygiene og anestesi. Hovedinnsatsen ble klinisk arbeid av alle slag, idet et ekstra par hender og en diskusjonspartner var kjærkommet for

de to kongolesiske legene som gikk endelt vakt ved hvert sitt sykehus. I tillegg drev jeg veiledning av lokalt helsepersonell.

Sykdomspanoramaet var fremmedartet og omfattet malaria, meningitt, diaré sykdommer og andre kjente og ukjente infeksjonssykdommer. Skuddskader og krokodillebitt var også nytt for meg. Vi hadde få hjelpemidler, men jeg lærte at man kommer langt med å telle til ti, puste rolig og bruke sitt kliniske blikk, dernest anamnese ved hjelp av tolk og grundig klinisk undersøkelse. Hodelykt var uvurderlig ved gynekologiske undersøkelser og utmerket som operasjonslys. Kullfyrt trykkoker for sterilisering av materiell og utstyr fungerte utrolig nok også greit. Jeg behandlet både geriljaledere og regjerings-soldater, men de aller fleste pasientene var barn og kvinner. Selv om de fleste kvinner føder hjemme, fikk jeg i løpet av de åtte månedene jeg var der, praktisk erfaring fra de fleste kapitler i obstetrikkboken.

### Kirurgisk hjelp til stigmatisert gruppe

Kvinner med obstetriske fistler er unge og burde være blant dem som skulle bygge landet. I stedet lever de uten håp på utsiden av samfunnet pga. en liten, men jevn strøm av urin som renner nedover beina. Dette gir eksem og infeksjoner og ikke minst en intens lukt som gjør at de for all fremtid må regne med å sove alene. Sitt eneste barn har de mistet under fødselen. Sitt eneste barn har som regel tatt seg en ny kone.

Korreksjon av obstetriske fistler overgikk min kirurgiske kompetanse, selv med fire års erfaring fra Kvinneklinikken ved Rikshospitalet. Etter en del diskusjon fikk jeg gjennomslag for å gjennomføre et kortvarig prosjekt med fistelkirurgi. Forberedelsene innebar blant annet å finne en kirurg som behersket teknikken og å finne pasientene, som ofte lever bortgjemt og isolert. Dernest fremskaffet jeg litteratur om emnet via satellittpost hjem, der mor surfet på Internett og de ansatte ved Rikshospitalets bibliotek fant frem artikler. Ved siden av forberedelsene til fistelprosjektet fortsatte jeg mitt vanlige arbeid, som blant annet innebar forebyggende arbeid for å redusere maternell sykkelighet og dødelighet gjennom opplæring av sykepleiere om normale fødselsforløp og god henvisningspraksis.

I april 2005 gjennomførte vi en uke med intensiv kirurgisk virksomhet og fikk da operert 23 kvinner med fødselsskader ved hjelp av innfløyet kongolesisk gynekologi-professor, to av hans medhjelpere og en entusiastisk stab ved sykehuset. Jeg hadde på forhånd foretatt pasientseleksjonen. Preoperativ undersøkelse ble utført av professoren og hans assistent minst én dag før inngrepet. 22 kvinner hadde urininkontinens, hvorav to også hadde rektovaginal fistel. Åtte hadde vaginal stenose av varierende grad. 16 av de vesikovaginale fistlene ble klassifisert som komplekse og fem som

enkle. En av pasientene med vesikovaginal fistel hadde i tillegg ureterstenose og megaureter (der det ble gjort reimplantering av ureter under inngrepet). En pasient hadde ureterovaginal fistel og ingen blæredefekt. En pasient hadde oblittererende vaginal stenose og hematometra.

Pasientenes sosiale forhold, fertil anamnese, kliniske funn og informasjon om pre-, per- og postoperativt forløp ble nedtegnet i pasientjournalene. Alle ble operert i spinalanestesi, med tillegg av ketamin ved langvarige inngrep. Varighet av operasjonen varierte fra 30 minutter til fem timer. 17 pasienter ble operert med vaginal tilgang alene, fem med abdominal eller kombinert abdominal og vaginal tilgang. Fistelkantene ble skåret ned til fersk blødende overflate og så lukket i to lag. Ved stenose ble det gjort forutgående mobilisering av vev med laterale snitt. Disseksjon mellom blære og vaginalmucosa ble ikke gjort, og ureterkatetre ble ikke anvendt. Ultralyd, røntgen og cystoskopi fantes ikke. Installasjon av blåfarge i blæren ved avslutning av inngrepet ble gjort i enkelte tilfeller, men ikke systematisk. Pasientene hadde foleykateter i minst to uker etter inngrepet og fikk i denne perioden antibiotika.

Jeg assisterte under alle inngrepene og var ansvarlig for postoperativ oppfølging etter ekspertteamets avreise. Dessuten underviste jeg kvinnene med hjemmelagede planser over kvinnelig anatomi og forklarte hvordan skaden hadde skjedd og hvordan operasjonen foregikk. Jeg lærte dem en enkel regel for normal fødsel: «La aldri solen gå ned to ganger over en kvinne i fødsel.» Hver av dem fikk til slutt en attest der det sto at hun måtte forløses med keiser-snitt ved eventuelle nye svangerskap.

Få av kvinnene hadde penger til mat, og de fikk derfor to gratis måltider per dag. Vi la til rette for samtaler, sang, kortspill og fotografering. Det å treffe andre i samme situasjon så ut til å gjøre underverker for



Visitt hos Marie. Foto Catherine Brand

kvinnenes selvfølelse. Fra å være en gjeng dukknakkede, lavmælte individer, utviklet de seg til en kvitrende forsamling. En kveld sa de at vi hadde tatt sammen fra dem, noe som fikk tårene frem i øynene på både meg og min mannlige kongolesiske kollega.

### Vanskeligheter underveis

Etter tre dager på sykehuset fikk professoren symptomer på arteriell blodpropp. Det så ut til at vi måtte avbryte prosjektet og evakuere ham. Dagen etter avtok symptomene, og han fortsatte aktiviteten etter en dags avbrekk.

To uker etter siste operasjon våknet landsbyen til skuddveksling noen få hundre meter unna. Alle som kunne flyktet. Sykepleierne var instruert i å fjerne pasientenes urinkatetre i en slik situasjon, og vi unngikk på den måten uforsvarlig fjerning av katetre. Men det sier seg selv at flukt med tung bær på hodet ikke er noen ideell aktivitet for nyopererte. Gemyttene roet seg etter hvert, og om lag halvparten av pasientene vendte tilbake til sykehuset samme



Sykesal med spente pasienter. Foto Cathrine Reimers





Syketransport ad modum Kongo. Foto Raphael Ottogalli

ettermiddag. De øvrige var tapt for oppfølging. Urolighetene i regionen økte i dagene som fulgte. En uke senere ble jeg beordret til å forlate området av sikkerhetsgrunner og har senere ikke kunnet vende tilbake.

Av ovennevnte grunner er sluttresultatet av prosjektet umulig å fastslå med sikkerhet. Det ideelle hadde vært å undersøke pasientene noen måneder etter operasjonen. Resultatet på det tidspunkt vi mistet hver-

andre, var som følger: Av de 23 opererte var det hos 12 et vellykket resultat, dog hadde fire av disse litt stressinkontinens. Hos seks pasienter var resultatet usikkert, enten fordi kateteret var blitt fjernet rett før de flyktet eller fordi de fortsatt hadde noe lekkasje da vi mistet hverandre. Hos fem var operasjonen mislykket eller utilstrekkelig. To av disse pasientene hadde så store fistler at man innså underveis at man ikke ville lykkes i å lukke hele defekten i én seanse. To pasienter fikk sårruptur. En pasient hadde en så omfattende stenose at vi ikke fikk tilgang til fistelen under operasjonen, og under forsøket på å tunnelere ut en neovagina oppsto det en rectumskade.

Slik jeg ser det, hadde vi to hovedproblemer under prosjektet: Den kirurgiske teknikken som ble brukt, var mindre sofistikert og mindre grundig enn det som beskrives i litteraturen. I tillegg var det vanskelig å få kontakt med professoren på forhånd for råd og veiledning og senere for råd ved postoperative problemer. Det hadde vært ønskelig at kirurgen kunne vært på stedet i et lengre tidsrom, og at vedkommende kunne ha hatt en mer aktiv rolle i planlegging og oppfølging. Det andre hovedproblemet var væpnede konflikter som oppsto i regionen i løpet av prosjektet. En stabil sikkerhetssituasjon er avgjørende for gjennomføring av elektiv kirurgi med langt postoperativt forløp. Et slikt prosjekt er avhengig av at man har en velfungerende struktur på det lokale sykehuset og en topp motivert og kvalifisert stab som er i stand til å ta imot ekstra pasienter og personell for en begrenset tidsperiode.

Kirurgi av obstetriske fistler er krevende, men krever ikke avanserte hjelpemidler. Jeg skal snart lære mer om dette under studieopphold ved et spesialiserte sykehus for fistelkirurgi i Addis Abeba (4, 5).

#### Cathrine Reimers

creimers@online.no  
Leger Uten Grenser – Norge  
og  
Kvinneklinikken  
Rikshospitalet-Radiumhospitalet  
og  
Gastrokirurgisk avdeling  
Sykehuset Innlandet Gjøvik

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

#### Litteratur

1. Wall LL, Arrowsmith SD, Briggs ND et al. Urinary incontinence in the developing world: the obstetric fistula. [www.fistulafoundation.org](http://www.fistulafoundation.org) (29.8.2006).
2. Cortesse A, Coulaud A. Fistules vésicovaginales. *Ann Urol (Paris)* 2004; 38: 52–66.
3. Hancock B. First steps in vesico-vaginal fistula repair. London: RSM Press, 2005.
4. Coombes R. Supporting surgery for obstetric fistula. *BMJ* 2004; 329: 1125–6.
5. Feiring E. Utstøtt fordi de lukter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3306–7.

Manuskriptet ble mottatt 29.8. 2006 og godkjent 7.9. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

## Ramme 1

### Obstetriske fistler

- **Definisjon:** Obstetriske fistler er en samlebetegnelse for åpninger mellom hulorganer i underlivet hos kvinner. De oppstår etter fødsler. Det innbefatter urethravaginales fistler, vesikovaginales fistler, ureterovaginales fistler, vesikouterine fistler og rektovaginales fistler.
- **Patogenese:** Alt overveiende er fistlene forårsaket av langvarige fødsler der det foreligger føtomaternelt misforhold. Barnets hode kommer ned i bekkenet, men blir stående fast. Iskemi oppstår i bløtvevet som ligger mellom de beinete delene i mors bekken og fosterhodet. Fistelen kommer til syne noen dager etter fødselen når det iskemiske vevet har nekrotisert. I sjeldne tilfeller er fistelen traumatisk betinget etter forløsningsmanøvre, voldtekt eller helt spesielle former for omskjæring.
- **Følgetilstander:** Det kan være arrvev og stenose av varierende grad i vagina, eller nerveskade, som for eksempel droppfoot. Infertilitet av ulike årsaker rammer mange, noen er amenoreiske, noen kan ikke gjennomføre normal coitus pga. skadene, og noen utvikler cervixinsuffisiens. Urinveisinfeksjoner og dermatitt i vulva følger så å si alltid med inkontinensen. Depresjon og isolasjon rammer de fleste og er sannsynligvis den mest invaliderende del av lidelsen.
- **Klassifisering:** Det finnes flere klassifiseringssystemer for obstetriske fistler – ut fra lokalisasjon, størrelsen på fistelen eller hvorvidt kirurgisk korreksjon har vært forsøkt. Suksessraten for korreksjon er selv i de beste hender svært variabel og avhenger av lokalisasjon, fistelstørrelse og mengde arrvev.
- **Forekomst:** Tallene for forekomst er høyst usikre. Et WHO-estimat er to millioner kvinner med obstetrisk fistel på verdensbasis, nesten utelukkende i områder der tilgangen til sikker fødselshjelp er dårlig. Dette kan skyldes mangel på sykehus der sectio kan foretas, manglende transportmuligheter, økonomiske barrierer som umuliggjør sectio og manglende kunnskap hos den fødende eller hennes hjelpere som gjør at hun kommer for sent til sykehus. Føtomaternelt misforhold forekommer i enhver befolkning, men øker der mor er liten, f.eks. ved barneekteskap eller ved maternell stunting pga. underernæring, og der barnet er stort, slik som hos overvektige kvinner og ved svangerskapsdiabetes.
- **Behandling:** Man skal alltid forsøke primærbehandling i det umiddelbare forløpet etter fødselen med innleggelse av urinkateter for mindre fistler – enkelte av disse kan da lukke seg spontant. All annen behandling er kirurgisk, der tensjonsfrie suturer i flere lag er rådende prinsipp. En del bruker dreielapper fra labia majora eller musculus gracilis for rekonstruksjon. Tradisjonell behandling i enkelte områder er innlegging av lokalirriterende agenser i vagina (blader, koksalt o.l.), noe som ofte kan gjøre vondt verre.