

Gynekologiske fistler til urinveier og tarm

Sammendrag

Bakgrunn. Gynekologiske fistler som gir inkontinens for urin eller avføring, er internasjonalt et stort helseproblem som oftest avspeiler utilstrekkelig fødselshjelp. I industrialiserte land er mønsteret annerledes. Formålet med denne studien var å gi et bilde av gynekologiske fistler under norske forhold.

Materiale og metode. Kvinner utredet og behandlet for uro- og enterogenitale fistler i 1995–2005 ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus ble registrert og karakterisert ved sykdomsbakgrunn, type fistel, behandling og utfall.

Resultater. Av 82 kvinner var 21 utredet for uro- og 61 for enterogenitale fistler. De verifiserte urovaginale lesjonene (19/21) var hovedsakelig forårsaket av kirurgi (16 pasienter), og kun en kom etter fødsel. Hos 17 pasienter ble det nødvendig med operativ lukning. For de 54/61 verifiserte enterogenitale fistlene var fødsel (20 pasienter) og kirurgiske inngrep (17 pasienter) hovedårsaken. Kreft (ni pasienter) og inflammatorisk tarmsykdom (14 pasienter) var viktige bidragende grunnlidelser. Så langt er fistlene hos 40 pasienter tilhelt (hos 38 etter operasjon). Median tid fra symptom til diagnosetidspunkt var sju uker (spredning 1 dag–10 år) for urogenitale og 15 uker (spredning 3 dager–3 år) for enterogenitale fistler.

Fortolkning. I motsetning til i utviklingsland forekommer obstetriske fistler i Norge nesten bare som enterovaginale skader, og disse utgjorde en tredel av det samlede antall. Resten kunne tilskrives kirurgi, kreft og inflammatoriske tarmlidelser. Urovaginale fistler utgjorde en firedel av alle fistler og var vanligvis utløst av operative inngrep. Hos mange pasienter tok det lang tid før diagnosen ble stilt.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 457

Philip Egeland
Jon Espen Gjæren
Jone Trovik
Torvid Kiserud

torvid.kiserud@kk.uib.no
Kvinneklubben
Haukeland Universitetssjukehus
5021 Bergen
og
Avdeling for obstetrik og gynekologi
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Bergen

I mange land er en uro- eller enterogenital fistel hos en kvinne nesten ensbetydende med total inkontinens for urin eller avføring, og en personlig og sosial tragedie. På verdensbasis er gynekologiske fistler et stort problem og avspeiler ofte en underprioritering av kvinners helse (1). Det antas at mer enn to millioner kvinner verden over lider av denne tilstanden, og at det oppstår ca. 100 000 nye tilfeller årlig (2, 3). Urovaginale fistler forekommer nesten dobbelt så hyppige som rektovaginale, og bare i Nigeria regner man med 10 000 nye tilfeller hvert år (3, 4). Tallene er basert på antall kvinner som søker medisinsk hjelp for tilstanden, og er trolig for lavt estimert. I utviklingsland skyldes gynekologiske fistler nesten utelukkende manglende eller feilaktig fødselshjelp.

I industrialiserte land er forekomsten lav, og er tilskrevet bekkenkirurgi i 90 % av tilfellene (5). Det er rapportert at fistler etter utført hysterektomi forekommer ved åtte av 10 000 inngrep (5).

På bakgrunn av internasjonal erfaring og mangeårig interesse har vi ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus siden 1995 i økende grad tatt imot, utredet og tatt ansvar for behandlingen av kvinner med fistelproblemer. I det følgende oppsummerer vi våre erfaringer og gir et bilde av gynekologiske fistler under norske forhold.

Materiale og metode

Vi registrerte fortløpende alle pasienter som ble henvist til utredning og behandling for en gynekologisk fistel ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus i perioden 1995–2005. Grunnsykdom, årsak til fistel, fistellokalisasjon, symptomer og tegn, tid til diagnose, tidligere behandling, aktuell operativ behandling, tid frem til fistelen var endelig lukket, og observasjonstid etter lukning ble notert. Rutinemessig ble pasientene

utredet og behandlet hos oss, men ofte var den vesentlige diagnostikken allerede utført ved pasientens lokalsykehus. Fire pasienter ble behandlet ved at operatøren dro til det lokale sykehuset. Kolostomi ble gjerne anlagt og lagt tilbake ved en annen avdeling eller der pasienten hørte hjemme.

Pasientene ble undersøkt to uker etter gjennomført fistelplastikk, og ytterligere en gang etter tre måneder. Videre oppfølging ble ikke avtalt, men siden mange pasienter ble behandlet for andre sykdommer, hadde de fortsatt kontakt med helsevesenet, noe som ga muligheter for å formidle informasjon om kontinensforholdene også på et senere tidspunkt.

Resultater

Totalt 82 pasienter var henvist til utredning og behandling (tab 1). Av disse kom 65 fra Helseregion Vest og 17 fra andre helseregioner (21 %). To kvinner hadde fått rektovaginale skader i utviklingsland. I perioden 1995–2000 ble 15 pasienter utredet og behandlet. Fra 2001 var tilbudet mer stabilt, og avdelingen tok imot 67 pasienter, dvs. 14 pasienter per år i gjennomsnitt. Median alder var 44 år (spredning 12–78 år). Fordelingen viste at det var 61 enterovaginale og 21 urovaginale fistler (fig 1).

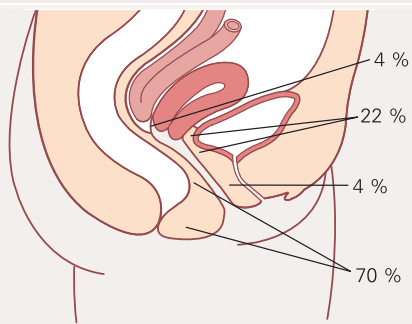
Urovaginale fistler

Type og årsak. Av de 21 pasientene som kom til utredning, hadde to anomalier som medførte økt serøs sekresjon i vagina eller redusert urethral kontinens. Totalt hadde derfor 19 en reell urinlekkasje til vagina, og av disse var tre urethravaginale og 14 vesikovaginale fistler, en vesikouterin fistel og en ektopisk ureter (tab 1). To av lesjonene hadde oppstått i forbindelse med svangerskap og fødsel, den ene som vesikovaginal fistel i tilslutning til anleggelse av cerclage

Hovedbudskap

- Gynekologisk fistel er en svært plag-som følge av kirurgiske og obstetriske komplikasjoner, kreft i bekkenorganene og inflammatoriske tarmlidelser
- Fistel til tarm forekommer tre ganger så hyppig som til urinveier
- Mange pasienter risikerer sen diagnose og langvarig og krevende behandling

Figur 1



Av totalt 73 verifiserte gynekologiske fistler involverte de fleste (70 %) septum rectovaginale og perineum, mens klart færre (4 %) hadde forbindelse til mer proximale deler av tarmen (colon og ileum). Fistel til urinveiene utgjorde 26 % (19/73) hvorav 4 % var til urethra, mens 22 % berørte urinblære og ureter

på cervix, den andre i form av en bred vesikal lesjon som ledd i en uterusruptur. Sistnevnte ble først påvist døgnet etter forløsningen. Abdominal bekkenkirurgi var imidlertid den dominerende årsaken hos 13 av pasientene og vaginal kirurgi hos tre. Seks av inngrepene var foretatt på grunn av kreft.

Symptomer og tegn. Alle pasientene hadde urinlekkasje (tab 2), men tiden det tok før årsaken ble erkjent, varierte. Flere pasienter oppga at de ikke følte seg hørt av helsevesenet og hadde fått diagnosen stilt på et sent tidspunkt. Det siste fremgår av tidsangivelsene, som vil bli omtalt senere. I til-

legg til urinlekkasjen hadde nesten halvparten også underlivssmerter, dysuri, blødning eller tegn på urinveisinfeksjon.

Behandling. En urethravaginal fistel som skyldtes et urethradivertikkel, lukket seg spontant, mens en vesikovaginal fistel ble helbredet ved hjelp av kateterbehandling alene. De resterende 17 kvinnene ble operert, to med laparotomi pga. samtidig uterusruptur hos den ene og ektopisk ureter hos den andre. Hos de øvrige 15 ble det utført transvaginal fistelplastikk (tab 3). Hos alle pasientene tilhelt fistelen primært.

Tidsperspektiv. Hos de 17 pasientene som hadde fått fistel pga. en skade, hvorav 16 pga. operasjon og en pga. fødsel, var mediantid fra skade til symptomgivende urinlekkasje ti dager (spredning 0 dager–14 uker). Mediantid fra symptom til diagnosen ble stilt, var sju uker (spredning 1 dag–10 år), og fra skadetidspunkt til tilhørende behandling 15 uker (spredning 1 dag–10 år). Median observasjonstid etter fistelplastikk var 15 uker (spredning 2 uker–2 år).

Enterovaginale fistler

Type og årsak. Blant de 61 kvinnene som ble utredet for enterovaginal fistel, var den hos sju enten tilhelt i ventetiden eller hadde en sinus som endte blindt, og de ble derfor ikke inkludert i det videre materialet. Av de 54 verifiserte genitale fistlene med gjennomgang til tarm var 51 lokalisert i septum rectovaginale eller perineum, to hadde forbindelse mellom vagina og sigmoideum og en fra vaginaltoppen til tynntarm. Diameteren varierte fra under 2 mm til 2 cm og antallet fistelganger fra én til sju. Det sist-

nevnte ble funnet hos en pasient med Crohns sykdom. Fistelen kunne fremstå som et vindu i septum rectovaginale, eller som mer perianalpregede fistelganger. Dette forekom gjerne i kombinasjon med fibrose, og i tillegg var ytre analsfinkter involvert i varierende grad. De fleste tilfellene hadde oppstått i forbindelse med fødsel (20/54) (tab 1). Kirurgisk inngrep var nest hyppigste årsak (17/54), men inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom, ulcerøs kolitt og sigmoiditt) var også viktige bakgrunnsykdommer (14/54) (tab 1). Selv om kreft i rectum var direkte årsak til bare én fistulering, var ondartet svulst i nedre del av tykktarmen, endetarmen eller livmoren den tilstanden som lå til grunn hos halvparten (9/17) av pasientene som fikk fistel i forbindelse med operasjon eller etter bestråling. En pasient hadde fått preoperativ bestråling og to pasienter hadde vært bestrålt så langt tilbake som 20 og 22 år tidligere, en av dem for livmorhalskreft. De øvrige operativt utløste fistlene oppsto i forbindelse med behandling av godartede tilstander i vagina eller tarm.

Symptomer og tegn. Fekal inkontinens (28 pasienter) og utflod eller endret vaginal sekresjon (27 pasienter) var de vanligste symptomene, men smerte, svie, kløe, dyspareuni og luftavgang via skjeden forekom også hyppig (tab 2).

Behandling. Hos totalt 16 kvinner hadde fistelen tidligere vært forsøkt lukket med operasjon, og åtte av dem hadde gjennomgått fra to til fem forsøk. Flytskjema for 54 fistelpasienter er presentert i figur 2 og viser at seks ble tilbudt medikamentell behandling på bakgrunn av inflammatorisk tarmsykdom. Av de resterende 48 kvinnene avsto tre fra videre utredning og operasjon fordi plagene ikke sto i forhold til belastningen med det operative behandlingstilbudet. For eksempel hadde to av dem alvorlig hjerte- og karsykdom eller leddsykdom som også affiserte de øvre halsvirvler. Ytterligere tre måtte prioritere behandling av en kreftsykdom som hadde forverret seg, fremfor fistelkirurgi. To fistler tilhelt spontant før kirurgi ble iverksatt og en pasient er fortsatt under utredning. Hos de 39 som ble behandlet med direkte fistelkirurgi med eller uten fremlagt tarm, tilhelt fistelen i 38 av tilfellene, mens én fortsatt avventer spontan tilheling. Det skal bemerkes at enkelte kvinner hadde sterke motforestillinger mot å få fremlagt tarm, og var heller villig til å ta den økte risiko en primæroperasjon uten avlastende kolostomi representerte.

Tidsperspektiv. Fekal inkontinens var det dominerende symptomet, og mediantid fra symptom til diagnose var 15 uker (spredning 3 dager – ca. 3 år (tab 2)). Mediantid fra diagnose til tilhørende behandling var ti uker (spredning 0–125 uker). Median observasjonstid etter fistelplastikken var 21 uker (spredning 5 uker–ca. 3 år). Den lange observasjonstiden utover den planlagte etterkontrollen skyldtes at noen pasienter fortsatt

Tabell 1 Årsak og sykdomsbakgrunn for 54 pasienter med verifisert enterogenital og 19 pasienter med urogenital fistel. Noen pasienter sorterer under mer enn en kategori

Enterogenitale fistler	Antall	Urovaginale fistler	Antall
Kirurgi	17	Kirurgi	16
Kreft i tarm/genitalia/bestråling	9	Kreft i tarm/genitalia	6
Fødsel	20	Svangerskap/fødsel	2
Perinealruptur	13	Infeksjon	1
Episiotomi	4	Urethradivertikkel	3
Instrumentell forløsning	5	Medfødt	1
Inflammasjon	14		
Crohns sykdom	7		
Ulcerøs kolitt	2		
Divertikulitt/annen infeksjon	5		
Medfødt	1		
Ukjent (under utredning)	1		

Tabell 2 Symptomer og kliniske tegn hos 54 pasienter med verifisert enterogenital og 19 pasienter med urogenital fistel. Noen pasienter sorterer under mer enn en kategori

Enterogenitale fistler	Antall	Urovaginale fistler	Antall
Smerte/svie/kløe/dyspareuni	17	Smerte/dysuri/blødning/infeksjon	8
Utflod/endret vaginal sekresjon	27	Økt vaginal sekresjon/urinlekkasje	19
Fekal inkontinens	28	–	–
Luft i skjeden	10	–	–

hadde kontakt med sykehuset som ledd i behandling og oppfølging av sin grunnsykdom eller annen tilstand.

Diskusjon

Resultatene viser at fistler i Norge har et annet årsaksmønster enn i utviklingsland. I motsetning til obstetriske fistler som dominerer bildet i utviklingsland, utgjorde operasjonskomplikasjoner den viktigste årsaken i vår studie (42 %). Mens kreftsykdommer bidrar lite til gynekologiske fistler i utviklingsland, hadde 21 % av våre pasienter en til grunnliggende kreftsykdom. Urogenitale fistler utgjør ca. 95 % av fistelproblemene hos kvinner i utviklingsland (1–3) mot bare 25 % i vårt materiale.

Selv om slike kontraster var ventet (6), er vi likevel overrasket over hvor stor andel av fistlene i det foreliggende materialet som hadde en obstetriske bakgrunn, 22/73, dvs. 30 % (tab 1). Det skulle tyde på at også i Norge er svangerskap og fødsel fortsatt en sårbar situasjon for kvinner. Vårt materiale preges nok også av avdelingens søkelys på obstetrik og gynekologi, mens andre rapporter kommer fra kirurgiske disipliner hvor kvinner med obstetriske komplikasjoner trolig utgjør en relativt mindre del av pasienttilfanget (7–9).

Det var også forventet at kirurgiske inngrep skulle være den hyppigste årsak til fistel (9). Mange pasienter hadde en bakenforliggende kreftsykdom som gjør at både pasient og behandler er villig til å akseptere høyere risiko for skade på intestinaltractus og urinveier for ikke å redusere på kravene til radikal kirurgi.

Kvinner med inflammatoriske tarmsykdommer (Crohns sykdom og ulcerøs kolitt) og sigmoiditt/divertikulitt utgjorde også en anseelig del av pasientene. Som vist i litteraturen synes kolovaginal fistel å oppstå lettere hos kvinner som er hysterektomerte (10). Hos to av pasientene med Crohns sykdom kom fistelutviklingen i kjølvannet av et svangerskap. Vi var tilbakeholdne med å tilby operasjon til pasienter med disse sykdommene med håp om at moderne medikamentell behandling skulle redusere fistelplagene (11–13). Gode resultater av slik behandling er vist i randomiserte studier (13).

For de urogenitale fistlene gikk det til dels lang tid fra symptom til diagnose og behandling. En pasient ble helbredet ved kateterbehandling alene, men denne muligheten finnes sannsynligvis for flere dersom kateterbehandlingen kan startes tidlig og gjøres effektiv for å hindre at urin skyller gjennom fistelen. Dette kan oppnås enkelt med hevertprinsippet, dvs. med et fylt kateter og tilkoblingslange og kateterposen godt under blærens nivå. Videre så vi at nesten alle fistler kunne opereres transvaginalt, noe som utgjør en mer skånsom tilgang enn et abdominalt inngrep (14–16).

Enterogenitale fistler har i mange tilfeller

lengre latenstid fra symptom til diagnose og behandling. Til gjengjeld er sykdomspanoramaet, pasientens bakgrunn og behandlingsmulighetene mer sammensatt, som vist i figur 2 og tabell 1. Som for kvinner med urogenitale fistler ville også behandlingen av de med enterovaginalfistlene sannsynligvis tjene på en tidlig diagnose og adekvat, individualisert behandling.

Fisteldanning er en særdeles ubehagelig komplikasjon. I tillegg til å være en stor belastning for pasienten, vil også legen lett føle skyld selv om komplikasjonen ofte er forklarlig ut fra inngrepets vanskelighetsgrad, pasientens helsetilstand og antall operasjoner som utføres (6). Fistler, og særlig de som er forsøkt lukket flere ganger, kan innebære at behandlingen trekker ut i tid før pasienten igjen kan fungere normalt. Dette kan tære på pasient-lege-forholdet. Råd og vink fra erfarne kolleger på et tidlig tidspunkt kan være en viktig støtte, slik at behandlingen kan utvikle seg i riktig retning.

Selv uten befolkningsbaserte data, må det kunne hevdes at slike sjeldne tilstander vil være diagnostiske og terapeutiske utfordringer for mange avdelinger også i årene fremover (6). Situasjonen i Norge er neppe svært annerledes enn i Finland der vesikovaginal fistel opptrer i størrelsesorden 2,2/1 000, 1/1 000 og 0,2/1 000 etter henholdsvis laparoskopisk, abdominal og vaginal hysterektomi (17).

På grunn av vår spesielle interesse og erfaring regner vi med å ha tatt imot flere pasienter enn andre tilsvarende avdelinger i landet. 21 % av pasientene kom fra andre helseregioner. Vi regner likevel med at fordelingen av

Tabell 3 Behandling og resultat hos 19 pasienter med urogenital fistel

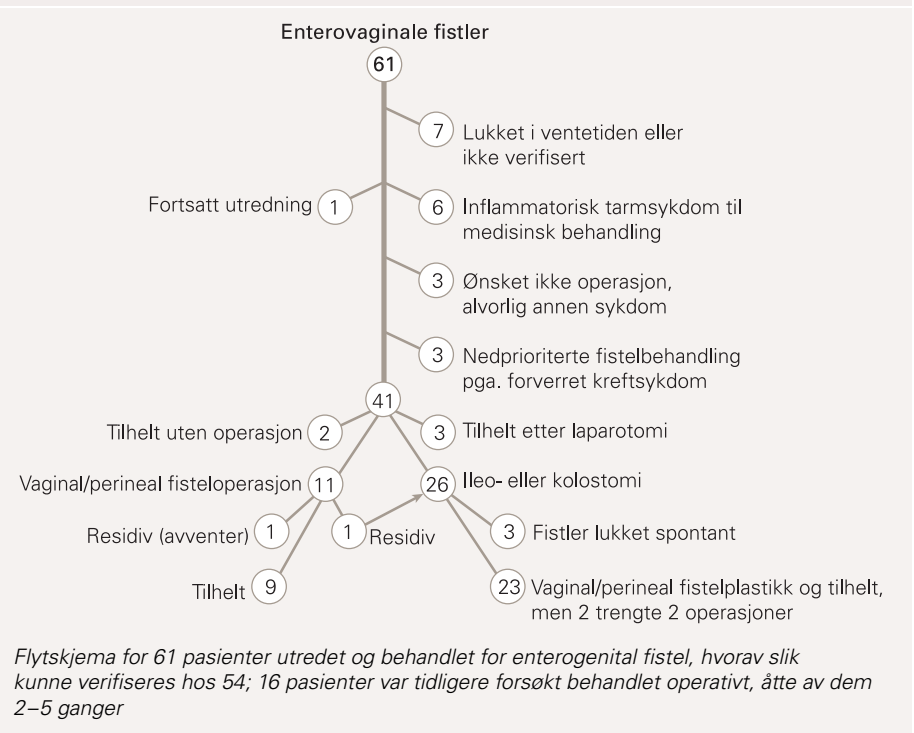
Behandling	Antall
Tilhelt spontant	1
Lukket med kateterbehandling alene	1
Lukking ved laparotomi	2
Transvaginal plastikk	15
Tilhelt etter 1. operasjon	16/17
Tilhelt etter 2. operasjon ¹	1/17

¹ Hos én pasient var fistelen forsøkt lukket ved en tidligere anledning ved et annet sykehus

problemer, sykdomsbakgrunn og latenstid før igangsatt behandling avtegner et gjennkjennelig mønster. Muligens var vårt materiale selektert i retning av mer krevende tilstander fordi 17/73 (23 %) var operert tidligere og 8/73 (11 %) fra to til fem ganger før. Vi regner også med muligheten for at pasienter med avansert kreftsykdom og sekvele etter bestråling i mindre grad ble henvist. Grunnen til dette kan være at mange regner med at fistelplastikk i disse tilfellene ikke er aktuelt eller er lavt prioritert. I vårt materiale hadde tre slike pasienter en forverret kreftsykdom, mens ytterligere tre ikke ønsket behandlingen av annen årsak (figur 2).

Sammenfatningsvis kan det sies at gynekologiske fistler er et problem også i Norge, om enn i mindre omfang, at diagnose og behandling har en tendens til å foreligge sent, og at sykdomsbakgrunn og behandlingsmuligheter viser et relativt sammensatt bilde. Dette gjelder spesielt for fistler til tarm. Det var overraskende at hver tredje fistel hadde

Figur 2



sin bakgrunn i obstetriske forhold. Det tar vi som uttrykk for at svangerskap og fødsel fremdeles er en sårbar hendelse i kvinners liv, men også at vår avdeling med sin bakgrunn får henvist en større andel pasienter med obstetriske problemer. For mange tok det lang tid før riktig diagnose ble stilt. Ved tilstander som lar seg operere, synes utsiktene til helbredelse likevel gode.

Litteratur

1. WHO. Vesico-vaginal fistula, a major cause of unnecessary and avoidable suffering. Safe Motherhood Newsletter 1999; nr. 27.
2. Cottingham J, Royston E. Obsteric fistulae. A review of available information. Genève: WHO, 1991.
3. Donnay F, Weil L. Obstetric fistula: the international response. Lancet 2004; 363: 71–2.
4. Hilton P, Ward A. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in Southeast Nigeria. Int Urogynecol J 1998; 9: 189–94.
5. Goh JTW. A new classification for female genital tract fistula. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2004; 44: 502–4.
6. Elkins T. Fistula surgery: past, present and future directions. Int Urogynecol J 1997; 8: 30–5.
7. Langkilde N, Pless T, Kundbeck F et al. Surgical repair of vesicovaginal fistulae. A ten-year retrospective study. Scand J Urol Nephrol 1999; 33: 100–3.
8. Larsen A, Johansen T. Fistler til urinblæren. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 716–8.
9. Sonoda T, Hull T, Piedmonte MR et al. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. Dis Colon Rectum 2002; 45: 1622–8.
10. Tancer M, Veridiano N. Genital fistulas caused by diverticular disease of the sigmoid colon. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1547–50.
11. Fiocchi C. Closing fistulas in Crohn's disease – should the accent be on maintenance or safety? N Engl J Med 2004; 350: 934–6.
12. Tøttrup A, Basu D. Kirurgisk behandling af Crohns sygdom. Ugeskr Læger 2004; 166: 571–4.
13. Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. N Engl J Med 2004; 350: 876–85.
14. Lawson J. The management of genito-urinary fistulae. I: Stanton S, red. Gynaecological urology. Bd. 5 (1). London: Saunders, 1978: 209–36.
15. Goh J. Genital tract fistula repair on 116 women. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1998; 38: 158–61.
16. Tsang C, Rothenberger D. Rectovaginal fistulas. Therapeutic opinions. New and controversial issues in the management of colorectal diseases. Bd. 77 (1). London: Saunders, 1997: 95–115.
17. Härkki-Sirén P, Sjöberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. Obstet Gynecol 1998; 92: 113–8.

Manuskriptet ble mottatt 10.1. 2006 og godkjent 25.10. 2006. Medisinsk redaktør Geir Jacobsen.