Beitrag zum Problem des operativen Verschlusses von Blasenscheidenfisteln

I.

Ingelman-Sundberg

Djursholm, Schweden

Der Autor gibt im ersten Teil der Arbeit allgemeine Richtlinien zur Behandlung von Vesikovaginalfisteln: Die Auswahl der richtigen Operationsmethode zum richtigen Zeitpunkt ist die wichtigste Forderung an den Erstoperateur, da jede weitere Operation immer schwieriger wird. Die Tendenz zur Spontanheilung ist gegeben, solange die Fistelränder nicht mit Epithel bedeckt sind; suffiziente Harnableitung und Infektbehandlung sind hierfür unbedingte Voraussetzung.

Als Grundkonzept der Fistelchirurgie erwähnt der Autor die Exzision von nekrotischem und narbig verändertem Gewebe bzw. die Verlagerung von gut durchblutetem Gewebe mit normaler Heilungstendenz. Ebenso wichtig ist die völlige Freilegung der Fistel und die Mobilisierung der Blasenwand sowie die spannungsfreie Naht jeder einzelnen Schicht.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

218

Unter den einzelnen Operationstechniken beschreibt der Autor den Fistelverschluss nach Latzko, welchem er durch eine eigene Präparations-technik im Bereich der Vaginalwand und Raffung der Blasenpfeiler weitgehend das Risiko der postoperativen Stressinkontinenz nimmt. Bei grossen Defekten ist vor Operationsbeginn die Frage der verbleibenden Blasenkapazität zu klären und gegebenenfalls die Anastomose einer ausgeschalteten Ileumschlinge mit der Restblase zu erwägen. Bei Fisteln mit einem Durchmesser von mehr als 2 cm sowie bei rezidivierenden Fisteln sollte eine Gewebstransplantation vorgenommen werden. Hierfür bieten sich im Bereich der Urethra der Bulbospongiosus-Lappen nach Martius an, im Bereich des Trigonums kann der Musculus pubococcygeus, der Musculus rectus oder der Musculus gracilis, nach vorangegangener Hysterektomie eventuell auch ein Peritoneallappen und bei sehr hoch sitzenden Fisteln Omentum oder eine Appendix epiploica verwendet werden.

Im besonderen gilt diese Regel bei geburtshilflichen Fisteln, bei welchen oft zusätzlich eine Wiederherstellung der Urethra erforderlich ist. Eine besondere Problematik weist die Fistelchirurgie in bestrahltem Gewebe auf. Hier ist die Interposition von gering exponiertem Gewebe (z.B. Musculus gracilis) zur Sicherung der Gefässversorgung von grösster Bedeutung für den Erfolg. Unter 173 nicht bestrahlten eigenen Fällen gibt der Autor eine Heilquote von 99,4% an, bei 52 Strahlenfisteln (in 8 Fällen kombiniert mit Rektum-Scheidenfisteln) erreichte der Autor mit den beschriebenen Methoden in 80,8% der Fälle eine vollständige Heilung. Für die Praxis steht der informative Charakter dieser Übersichtsarbeit im Vordergrund; Grundlagen für Beratung und psychologische Führung der oft schwierigen und (begrifflicherweise) ungeduldgigen Patientinnen werden in reichem Masse geboten.

Für die Klinik wird hier ein wertvoller Überblick über ein operatives Spezialgebiet geboten, wobei die klaren therapeutischen Konzepte als besonderer Gewinn anzusehen sind. Die reiche Erfahrung des Autors und die Richtigkeit seiner therapeutischen Anschauungen werden eindrucksvoll durch die grosse Fallzahl und die erstaunlich hohe Heilungsziffer belegt.
Aus: Gynäkologie 14: 183–186 (1981); cit. Gynäk. Rdsch. 22: 217–218 (1982)