



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via
www.manusnett.no

Gynekologiske fistler

Ved uklare symptomer fra genitalia hos kvinner må mulighet for fistel overveies. Kirurgisk behandling av gynekologiske fistler til urinveier og tarm bør sentraliseres.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

I mange utviklingsland er gynekologiske fistler både et helseproblem og et sosialt problem av stort omfang (1–3). Det antas at mer enn tre millioner kvinner lever med fistler, og at det årlig tilkommer mellom 30 000 og 130 000 nye tilfeller (1). Fistlene, vanligvis urogenitale eller rektovaginale, skyldes oftest utilstrekkelig fødselshjelp.

I vår del av verden oppstår gynekologiske fistler som komplikasjon til kirurgi, langt-kommen cancer eller røntgenbestråling, men noen fistler er fødselsrelaterte. I 2005 ble det her i landet registrert 191 pasienter og utført 20 operasjoner på grunn av fistel som innbefattet kvinnelige kjønnsorganer (Norsk pasientregister, personlig meddelelse). De reelle tallene er sannsynligvis noe høyere. Blant annet kan fistler som følge av langtkommen cancer i området mer fremstå som et symptom enn som en diagnose og vil da ikke havne i noe diagnoseregister. De fleste fistler krever kirurgisk intervensjon, selv om spontan tilheling av fistler som ikke er relatert til cancer, forkommer, særlig ved tidlig diagnose og avlastning. Fistelkirurgi kan være krevende og forutsetter operatører med spesifikk erfaring, interesse og kyndighet.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer en gruppe ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus et 11-årsmateriale med 82 pasienter med gynekologisk fistel til urinveier eller tarm (4). En av legene i gruppen har solid og omfattende fistelkirurgisk erfaring fra utviklingsland. En femdel av pasientene var henvist fra sykehus utenfor egen helseregion. Om lag

tre firedeler av fistlene var enterogenitale; i utviklingsland er urogenital skade desidert hyppigst. Selv om skjevfordeling i pasientmaterialet ikke kan utelukkes, er det overraskende at nesten en tredel av skadene hadde en obstetrisk bakgrunn. Som forfatterne påpeker, kan dette tyde på at svangerskap og fødsel fortsatt utgjør en risiko for fistler også i vårt land. Hos enkelte pasienter tok det lang tid, opptil ti år, før tilstanden ble klarlagt (4). Det kan skyldes at diagnosen noen ganger er vanskelig å stille, eller at denne sjeldne årsaken til genitale symptomer blir glemt. Noe uventet var mediantiden fra skade til diagnose lengre for enterovaginale fistler enn for urogenitale fistler. Ved utredning av uklare genitalsymptomer, fekal inkontinens, atypisk urininkontinens, residiverende urinveisinfeksjoner og dysuri bør derfor muligheten for medfødt eller akkvidert fistel tas i mente. Flere pasienter følte seg ikke hørt av legene.

Den kirurgiske behandlingen er krevende. Det illustreres ved at hos 16 av kvinnene med enterovaginal fistel var fistelen tidligere forsøkt lukket operativt; åtte av dem var operert 2–5 ganger (4). Fistelen tilhelt hos 37 av de 38 med enterovaginal fistel, og hos samtlige med urovaginal fistel etter operasjon ved Haukeland Universitetssykehus. Fire pasienter ble behandlet ved at operatør fra Kvinneklubben dro til det lokale sykehuset. Til tross for begrenset oppfølgingstid er resultatene meget lovende.

Artikkelen sier lite om tverrfaglig samarbeid. Ved rektovaginale fistler som eventuelt krever temporær sigmoideostomi, er det naturlig at gastrokirurg deltar. Ved ureterovaginale fistler etter Wertheimkirurgi må ureter implanteres i blæren. I slike tilfeller er det naturlig at urolog gjør inngrepet. Hvorvidt vesikovaginale fistler også skal overlates til urolog, kan diskuteres, men operatør bør ha vaginalkirurgisk erfaring. Det er grunn til å bemerke at 15 av 17 pasienter med urogenital fistel fikk utført vellykket transvaginal fistelplastikk (4).

I 2005 ble det ved 11 sykehus utført i alt 20 inngrep pga. gynekologiske fistler, ved fem av dem med bare ett inngrep hver (Norsk pasientregister, personlig meddelelse). Fordi det er så få fistelpasienter i Norge, og fordi behandlingen er krevende, er det nok mest hensiktsmessig at utredning og behandling i størst mulig grad samles ved ett eller to sentre med særlig kompetanse. Dette vil bidra til å sikre optimal behandling og styrke kompetanseoppbyggingen. Kvinneklubben ved Haukeland Universitetssykehus synes å ha forutsetninger for å ivareta disse behovene og fremstår som et godt alternativ.

Jan Martin Maltau

jan.maltau@unn.no

Kvinneklubben

Universitetssykehuset Nord-Norge

9038 Tromsø

og

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet* 2006; 368: 1201–9.
2. Feiring E. Utstøtt fordi de lukter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3306–7.
3. Reimers C. Kirurgisk hjelp ved obstetriske fistler. Brev fra Den demokratiske republikken Kongo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2554–6.
4. Egeland P, Gjøn JE, Trovik J et al. Gynekologiske fistler til urinveier og tarm. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 417–20.

Manuskriptet ble mottatt 5.1. 2007 og godkjent 24.1. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjernvik.