



Stolzenburg
Türk · Liatsikos



Laparoskopische und roboterassistierte Chirurgie in der Urologie

Atlas der
Standardeingriffe

5.3.2 Vesikovaginaler Fistelverschluss

René Sotelo Noguera, Roberto Garza Cortés

Einleitung

Vesikovaginale Fisteln (VVF) können durch verschiedene chirurgische Techniken behandelt werden. Der Fistelverschluss erfolgt entweder transvaginal oder transabdominal (extra- oder transvesikal). Die Wahl der Operationstechnik obliegt dem Operateur und richtet sich nach seinen Erfahrungen. Ob früher oder später Fistelverschluss wird nach wie vor kontrovers diskutiert [1, 2].

Im Allgemeinen ist ein vaginaler im Vergleich zum transabdominalen Zugang mit einer geringeren Morbidität, einem verringerten Blutverlust und einer geringeren postoperativen Blasenirritation verbunden. Die Ergebnisse sind mit denen der transabdominalen Technik vergleichbar [3]. Der abdominale Zugang ist immer dann indiziert, wenn andere intra-abdominelle Gegebenheiten einer simultanen chirurgischen Versorgung bedürfen. Er wird auch angewendet, wenn die Fistel hoch sitzt und/oder das Scheidengewölbe einen vaginalen Zugang verbietet.

Für den abdominalen Zugang stellt die Laparoskopie eine Alternative zur Behandlung der VVF dar. Über den ersten VVF-Verschluss berichteten Nezhat et al. 1994 [4]. Die größte Serie laparoskopischer VVF-Verschluss-Operationen publizierten Sotelo et al. [5]. Diese Gruppe nutzte einen transvesikalen Zugang, welcher ohne Notwendigkeit einer zusätzlichen vaginalen Inzision oder Präparation des vesikovaginalen Raums direkt zur Fistel führt. Darüber hinaus ermöglicht der laparoskopische Zugang eine limitierte Zystotomie, welche mit einer geringeren Morbidität als bei der historischen O'Conner-Prozedur (bei der die Harnblase bis auf den Level der Fistel zweigeteilt wird) verbunden ist. Als vorteilhaft erweisen sich bei laparoskopischen Eingriffen die besonders gute Übersicht im Operationsgebiet, die effiziente Hämostase, der kürzere Krankenhausaufenthalt und eine schnellere Rekonvaleszenz.

Indikationen

- Inadäquate Möglichkeit, die Fistel vaginal einzustellen, bedingt durch eine hohe oder retrahierte Fistel in einer engen Scheide
- enge Beziehung des Fistelgangs zum Ureter
- andere Beckenerkrankungen, welche einen simultanen operativen Eingriff erfordern
- multiple Fisteln
- Adipositas per magna
- Versagen einer vorhergehenden transvaginalen operativen Versorgung

Kontraindikationen

- Generalisierte Peritonitis
- unbehandelte oder therapierefraktäre Blutgerinnungsstörung
- schwere Komorbiditäten mit einer generellen Kontraindikation gegenüber invasiven Eingriffen

Präoperative Vorbereitung

- Die Einlage eines transurethralen Katheters sollte soweit möglich bis zum Tag der Operation vermieden werden
- leichte Diät einige Tage vor der Operation, antegrade Darmvorbereitung am Abend vor der Operation
- i.v. Breitspektrumantibiose perioperativ (Chinolone oder Cephalosporine)