

Die Krankheit der Scham

# Geburtsbedingte Fisteln

**Geburtsbedingte Fisteln sind (fast immer) eine direkte Folge fehlender medizinischer Betreuung während der Schwangerschaft und der Geburt. Besonders tragisch ist, dass sie in den meisten Fällen hätten verhindert werden können.**

**Les fistules liées à la naissance sont (presque toujours) une conséquence directe du manque de soins médicaux pendant la grossesse et l'accouchement. Il est particulièrement tragique que dans la plupart des cas elles auraient pu être évitées.**

Geburtsbedingte Fisteln sind an sich keine Krankheit, sondern der Spiegel eines defizitären Gesundheitssystems. Sie sind das Resultat des Versagens auf verschiedenen Ebenen in den betroffenen Ländern: die der Frau selber: sie ist meist ungebildet und abhängig von ihrem Ehemann und der Familie; diese bieten ihr keine Hilfe, sie wollen und können für sie keine Kosten übernehmen und verstossen sie aus ihrer schützenden Gemeinschaft.

Transport- und Kommunikationsmöglichkeiten fehlen oder sind rar. Die Strassen sind in einem schlechten Zustand und nicht immer befahrbar. In abgeschiedenen Regionen fehlt die medizinische Versorgung für die arme Bevölkerung, sie ist mangelhaft oder nicht bezahlbar. Das medizinische Personal (Aerzte/-innen, Hebammen, Geburtshelferinnen) ist schlecht ausgebildet, medizinisch notwendiges Material fehlt, um zum Beispiel einen Kaiserschnitt durchzuführen.

## Häufigkeit

Nach WHO leben schätzungsweise 2 Millionen Frauen mit geburtsbedingten Fisteln und jedes Jahr kommen 50 000–100 000 neue Fälle hinzu. Die meistbetroffenen Kontinente sind Afrika mit der Subsahara sowie Teile von Asien.

Die Global Fistula Map, [www.globalfistulamap.org](http://www.globalfistulamap.org), ist die grösste Datenbank mit Informationen zu den Fisteln. Es gibt nur 274 offizielle Fistula-Chirurgen und Chirurginnen, verteilt auf 42 Länder, die in insgesamt 156 spezialisierten Zentren arbeiten. Gemäss der Global Fistula Map wurden im 2013 weltweit 15 175 Fisteloperationen durchgeführt.



**Dr. med. Monika Mueller Sapin**  
Fribourg

## Das Problem aus medizinischer Sicht

Eine geburtsbedingte Fistel entsteht bei protrahierten Geburten mit Geburtsstillstand des Kindes im kleinen Becken («obstructed labour»). Die Ursachen dafür sind ein Missverhältnis (cephalopelvic disproportion) zwischen kindlichem Kopf und Becken bei sehr jungen Frauen, Missbildungen wie Hydrozephalus, Verkeilung bei Mehrlingsschwangerschaften, Makrosomie, starke Vernarbungen z. B. nach Beschneidungen, Vergewaltigungen oder schlechten Geweben infolge Mangelernährung. Meistens handelt es sich um eine Erstgebärende. Durch zum Teil tagelanger Wehentätigkeit und starkem Pressen der Frau werden die Weichteile/Organe im Becken wie Harnblase, Vagina und Rektum wegen dem konstanten Druck des kindlichen Kopfes ischämisch und es kommt zur Nekrose mit daraus folgenden Gewebsdefekten unterschiedlichen Ausmasses. Dies führt zu Fistelbildungen: die häufigsten sind eine pathologische Verbindung zwischen Vagina und Blase, sogenannte vesiko-vaginale Fisteln (VVF), und weniger häufig rekto-vaginale Fisteln (RVF), utero-vaginale sowie uretro-vaginale Fisteln. Abb. 2 und Abb. 3. Das Kind überlebt diese lange Geburt meist nicht und wird tot geboren (stillbirth).

Kompression der Weichteile (rote Linien) zwischen dem Kopf des Babys und dem Becken der Frau unterbricht den Blutfluss zu Blase oder Mastdarm. Gewebe stirbt ab, so dass ein Loch, oder eine Fistel entsteht. Die Folge dieser Fisteln ist die sofortige oder auch verzögert auftretende komplette Inkontinenz für Urin und/oder Stuhl. Als Spätfolgen kann es zu rezidivierenden aufsteigenden Infektionen mit Niereninsuffizienz, genereller Sepsis und Sterilität kommen. Da es bei der protrahierten Geburt auch zu Läsionen des Nervenplexus

**ABB. 1 Die Global Fistula Map**

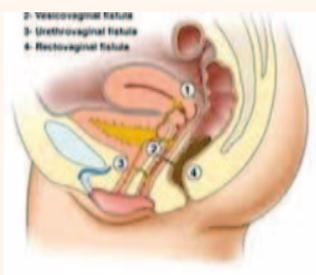


**ABB. 2**

**Mechanismus der Fistelentstehung**



**ABB. 3 Klassifizierung der geburtsbedingten Fisteln**



1. Vesikouterine Fistel
2. Vesikovaginale Fistel
3. Urethrovaginale Fistel
4. Rectovaginale Fistel

**ABB. 4 Intra-operativer Situs einer komplexen VVF vor Verschluss**



im Becken kommt und die Betroffenen lange immobilisiert bleiben, leiden sie häufig unter Kontrakturen und Lähmungen beider Beine. Die einzige medizinische Behandlung zur Vorbeugung der geburtsbedingten Fisteln bei einer protrahierten Geburt ist der Kaiserschnitt zu einem möglichst frühen Zeitpunkt.

### Chirurgie der geburtsbedingten Fisteln

Die grosse Mehrheit der geburtsbedingten Fisteln kann chirurgisch mit Erfolg behandelt werden. Dies besonders, falls es sich um einen Primäreingriff handelt.

Wichtig für die Prävention einer möglichen Fistel ist die sofortige optimale Nachsorge einer Frau, welche die protrahierte Geburt überlebt hat: durch die Einlage eines Urinkatheters für 4–6 Wochen können bei guter Diurese und antibiotischer Abschirmung kleine Fisteln spontan heilen. Bei grösseren Fisteln, die direkt nach der Geburt auftreten oder bei länger bestehenden Fisteln hängt die Prognose von verschiedenen Zusatzfaktoren ab. Eine gute Prognose haben Primäreingriffe, einzelne Fisteln, VVF, kleiner als 4 cm, ohne Einbezug der Urethra, minimale Gewebdefekte, kein Narbengewebe in der Vagina, Ureteren in die Blase mündend.

Zu den schlechten Prognosefaktoren zählen: multiple Fisteln, RVF oder kombinierte Fisteln VVF/RVF, Zervixbeteiligung, grösser als 4cm, Urethra mit einbezogen, vaginales Narbengewebe und grosser

Gewebsverlust, Ureteren direkt in die Vagina drainierend, Rezidive, vorherige Eingriffe zur Therapie der Fistel.

Die chirurgische Versorgung folgt etablierten Prinzipien wie vaginaler Zugang in Lithotomie-Lagerung (Steinschnittlage) mit ausgeprägter Trendelenburglagerung in Spinalanästhesie, aseptischen Bedingungen und Antibiotoprohylaxe. Es existieren verschiedene chirurgische Techniken zum Fistelverschluss und von den spezialisierten Fistelchirurgen- und Fistelchirurginnen wird viel Kompetenz und Erfahrung abverlangt. Die internationale Gesellschaft für Fistula Chirurgen ISOFS bietet in Zusammenarbeit mit der FIGO entsprechende Ausbildungsprogramme an. Diese richten sich vor allem an Chirurgen/-innen, Urologen/-innen und Gynäkologen/-innen, die in den betroffenen Ländern dauernd praktizieren.

Die Abb. 4 veranschaulicht den intra-operativen Situs einer komplexen VVF vor Verschluss: die Fistel ist exzidiert und vaginales Narbengewebe entfernt, Blase weit eröffnet, beide Ureteren wurden geschient. Die in die Fistel miteinbezogene Urethra muss noch rekonstruiert werden.

### Das Problem aus psychologischer und sozialer Sicht

Wenn in Armut lebende Frauen schon als Mädchen zwangsverheiratet werden, zu früh schwanger werden, keine Schulbildung und kein Zugang zu Verhütungsmitteln haben, sind leider die Bedingungen

#### Take-Home Message

- ◆ Armut ist der grösste Risikofaktor für die Entstehung von geburtsbedingten Fisteln
- ◆ Verbesserung des niedrigen Sozialstatus der Frau durch Bildung, Empowerment, Rechtssicherheit und Zugang zu Verhütungsmitteln senken das Risiko
- ◆ Verbot der frühen Zwangsehen mit den Folgen früher Schwangerschaften und Geburten sowie das Verbot der weiblichen Genitalbeschneidungen führen entscheidend zur Risikosenkung
- ◆ Der ganzheitliche Ansatz der geburtshilflichen Fisteln umfasst: Prävention (Schaffung von Infrastrukturen, Ausbildung von medizinischem Personal); Operation (Ausbildung von Fistel-Chirurgen und Fistel-Chirurginnen sowie medizinischen Personals für Kaiserschnitte); Rehabilitation (Reintegration in die Gesellschaft)
- ◆ In den industrialisierten hochentwickelten Ländern ist das Problem der geburtsbedingten Fisteln nicht mehr bekannt: wir können jedoch durch aktive Unterstützung, Mitorganisation von Operationscamps und Spenden an engagierte Organisationen an deren Verminderung aktiv mitwirken

#### Messages à retenir

- ◆ La pauvreté représente le facteur de risque le plus important pour la survenue de fistules post-partales.
- ◆ Pour diminuer ce risque, il est impératif d'améliorer le statut social de la femme par la scolarisation, l'« empowerment », la protection juridique et l'accès aux moyens de contraception.
- ◆ L'interdiction du mariage forcé (avec comme conséquence des grossesses et accouchements chez la toute jeune femme) et l'abolition de la circoncision féminine permettent de réduire ce risque.
- ◆ La prise en charge globale de la fistule post-accouchement englobe: La prévention (offrir l'accès aux soins médicaux par la création d'infrastructures adéquates, par la formation de personnel médical), la chirurgie (formation d'opérateurs – hommes et femmes – spécialisés dans la réparation des fistules, et personnel formé pour pratiquer des césariennes) et la réhabilitation (réinsertion des femmes touchées dans la société)
- ◆ Dans les pays industrialisés et hautement développés, le problème des fistules post-partales n'existe pour ainsi dire plus. Notre contribution à leur éradication doit se faire dès lors à travers le soutien et la collaboration actifs dans l'organisation de « camps de chirurgie » et de dons à des organisations engagées dans ce domaine.

gegeben, die zur komplexen Problematik der geburtsbedingten Fisteln führen. Die Betroffenen werden nach der Totgeburt des Kindes häufig vom Ehemann verlassen und von der Dorfgemeinschaft ausgestossen. Ungebildet, arm, verstossen, inkontinent, manchmal gehbehindert, steril, ohne lebendes Kind, – das Drama der Betroffenen könnte nicht grösser sein. Entsprechend hoch ist die Depressions- und Suizidrate und die Rehabilitations- und Integrationsprogramme müssen dieser schwierigen Situation gerecht werden. Die Erfolgsrate der Fistelbehandlungen ist somit abhängig von der chirurgischen und der ganzheitlichen Therapie.

---

**Dr. med. Monika Mueller Sapin**

FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Grand-Rue 69, 1700 Fribourg  
muellersapin@bluewin.ch

---

**+** **Interessenkonflikt:** Die Autorin hat keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

**Literatur:**

1. Hancock B, First step in vesico-vaginal fistula repair, The Royal Society of Medicine Press, London 2005
2. Hancock B, Practical Obstetric Fistula Surgery, The Royal Society of Medicine Press, London 2009
3. Zacharin R, Obstetric Fistula, Springer-Verlag, Wien New York 1988
4. Chassar Moir J, The Vesico-vaginal Fistula, Baillière Tindall and Cassell, London 2006
5. Fistula Foundation: [www.fistulafoundation.org](http://www.fistulafoundation.org)
6. Operation Fistula: [www.info@fistulaoperation.org](http://www.info@fistulaoperation.org)
7. Global Fistula Map: [www.globalfistulamap.org](http://www.globalfistulamap.org)
8. UNFPA United Nations Population Fund: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)
9. Campaign to End Fistula: [www.endfistula.org](http://www.endfistula.org)
10. EngenderHealth: [www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org)
11. ISOFS International Society of Obstetric Fistula Surgeons: [www.isofo.org](http://www.isofo.org)
12. Hamlin Fistula: [www.hamlinfistula.org](http://www.hamlinfistula.org)
13. WHI Womens Hope International, Schweizer Hilfswerk: [www.womenshope.ch](http://www.womenshope.ch)
14. WHO World Health Organisation: Ten facts on obstetric fistula: [www.who.int](http://www.who.int), 2014
15. ICS International Continence Society: Fistulas in the Developing World: [www.ics.org](http://www.ics.org)