

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 23.01.2015/17.08.2019
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 1.03
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Thornhill, Heidi	Dok.id: D36581

Definisjon

- En kommunikasjon mellom urinveier og genitalia (urogenitale fistler), mellom tarm og genitalia (genitointestinale fistler) eller mellom vagina og hud
 - Urogenitale fistler finnes fra blære, uretra eller ureter til vagina, uterus eller tuber
 - Genitointestinale fistler finnes fra anus, rectum, colon eller tynntarm til vagina, uterus eller tuber
 - Vaginokutane fistler finnes mellom vagina og hud, oftest perineum

Forekomst

- Gynekologiske fistler er sjeldne i Norge, hyppigere i land med utilstrekkelig utbygget svangerskaps- og fødselsomsorg (III-IV)
- I Skandinavia er insidensen av vesikovaginal fistel 2,2/1000, 1,0/1000 og 0,2/1000 etter henholdsvis laparoskopisk, abdominal, eller vaginal hysterectomi (III)
- Etter strålebehandling for cervixcancer oppstår vesikovaginal fistel hos 0,6-2 %, rektovaginal fistel hos 0,8-3 % avhengig av sykdomsstadium (III)

Etiologi

- Kongenitte tilstander
- Obstetriske skader som totalruptur grad IV, obstruert fødsel eller instrumentell forløsning
- Keisersnitt (særlig lavt lengdesnitt) og ruptur i keisersnittarr
- Vaginal kirurgi som descensingrep, vaginal hysterectomi eller inkontinensoperasjon
- Abdominal bekkenkirurgi som rectum/sigmoideumreseksjon eller hysterectomi
- Cancerinfiltrasjon som cancer cervicis, cancer recti eller metastaser
- Stråleskade
- Infeksjoner som urethradivertikkel, divertikulitt, Bartholinitt, aktinomykose, postoperative infeksjoner
- Inflammatoriske tarmsykdommer som Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt
- Perianale abscesser og fistler
- Traume

Risikofaktorer

- De fleste postoperative fistler oppstår etter lesjoner ikke oppdaget under operasjonen (IV) Manglende oversikt, teknisk krevende inngrep og utilstrekkelig kirurgisk teknikk er derfor risikofaktorer (III-IV)
- Hysterectomerte, synes å ha større risiko for kolovaginal fistel ved divertikulitt og sigmoiditt (III)

Andre faktorer

- Bekkeninfeksjon
- Nedsatt allmenntilstand
- Cancerinfiltrasjon
- Stråleskader

- Nedsatt immunforsvar (AIDS, immunosuppressiv behandling)

DIAGNOSTIKK

Urogenitale fistler

- Symptomer
 - Urinlekkasje fra skjeden, kontinuerlig eller intermitterende
 - Urethrovaginale fistler gir vanligvis bare forstyrrelser under miksjon
- Gynekologisk undersøkelse
 - Urin påvises gjerne i vagina og fistelåpningen kan oftest inspiseres og sonderes direkte
 - Blåfarge instillert i urinblæren kan gjenfinnes på en tørr tupfer i vagina
 - Undersøkelse i narkose ofte nyttig ved små fistler eller der en eller flere åpninger ikke er sikkert identifisert (cystoskopi nyttig i samme seanse)
 - Cystouretroskopi
 - Cystouretrografi
 - Urografi
 - MR kan være et godt supplement ved urogenitale fistler
 - Ultralyd

Gastrointestinale fistler

- Avføring gjennom skjeden eller avføringsrester i skjedeåpningen, illeluktende fluor og evt. vaginitt
- GU vil oftest avdekke fistelåpningen og tillate sondering
- Blåfargeinjeksjon i fistelgangen vil gi inntrykk av sideganger og utbredelse
- Undersøkelse i narkose sikrer god oversikt, særlig når smerte og vegring kan hindre en fullstendig undersøkelse
- Rektoskopi/kolonoskopi med biopsi er viktig ved mistenkt høye fistler eller der kroniske tarmlilstander skal utelukkes
- Fistulografi
- Røntgen kolon, tarmpassage ved mistanke om høye fistler
- Ultralyd
- MR

DIFFERENSIALDIAGNOSER

Urogenitale fistler

- Inkontinens med intakt anatomi, særlig etter operasjoner
- Tubecancer kan gi vandig sekresjon til vagina

Gastrointestinale fistler

- Vaginitt
- Bartholinitt
- Perianalfistler

BEHANDLING

Urogenitale fistler

- Tilstanden er sjelden og risiko for residiv er høy (III-IV). Kontakt derfor lege med spesialkompetanse som bør få ansvaret for behandlingen
- Straksoperasjon
 - Ved skadetidspunktet og de nærmeste seks timer kan lesjoner forsøkes reparert med godt resultat

- Konservativ behandling
 - Urinlekkasje oppdaget senere (dager og uker) bør ikke forsøkes operert på det tidspunktet da resultatet er dårlig og inngrep på dette tidspunktet reduserer mulighetene for å lykkes i en senere operasjon
 - Primært behandles slike fistler med kateterdrenasje slik at posen henger lavt for hevertvirkning
 - Kateterbehandlingen kontinueres i håp om spontan lukning, minimum syv uker (det tidligste en kan vente at vevsforholdene tillater operasjon). Vanligvis vil man fortsette til 12 uker eller mer for optimale vevsforhold for en operativ korreksjon (III-IV)
 - Østrogen (lokalt eller per os) er indisert for å sikre optimale slimhinneforhold i vagina og urinveier
- Sekundær operativ behandling
 - Indisert om fistelen ikke lukkets ved konservativ behandling (7.-12. uke)
 - Antibiotikaproylaks ved operasjonen, ingen effekt (Ib)
 - Kateter i 10-14 dager etter operasjonen
 - Observeres 1 døgn uten kateter, cystoskopi og vaginalinspeksjon før hjemreise
 - Kontroll etter tre måneder for å fange opp restplager

Gastrointestinale fistler

- Lesjoner oppdaget på skadetidspunktet bør stelles med innen seks timer
- De som på forhånd har hatt tarmtømningsregime og som får peroperativ antibiotika-profylakse (f.eks. *doksycyklin* og *metronidazol*) har best resultat (III-IV)
- Forsøk på plastikk i de følgende dagene etter at fistelen oppstod gir trolig høy risiko for residivfistel (kanskje 20 %) (III)
- Muligheten for operativ helbredelse øker betraktelig ved å vente minimum syv uker, helst 12 uker
- Muligheten for helbredelse reduseres om første operasjon er mislykket
- Fistler på basis av kroniske inflammatoriske tilstander spesielt vanskelige, krever oftest langvarig avlastning
- Fistler ved Crohns sykdom kan reduseres og eventuelt lukkes medikamentelt. Behandlingen er ofte også gunstig for operativt resultat
- Fistler ved Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt profiterer sannsynligvis på tverrfaglig tilnærming med henblikk på behandlingsstrategi, medikamenter og optimal tid for inngrep
- Kolostomi kan synes drastisk, men uomgjengelig for store fistler med mye avføring gjennom vagina, residivfistler og kompliserte fistler som involverer større deler av septum rectovaginale (III-IV)
 - Ved kolostomibehandling vil noen lukkes uten fistelplastikk
 - Det kan være en vanskelig avveining å avgjøre om en mindre fistel trenger kolostomi for å bli vellykket behandlet
 - Lave og overfladiske fistlene er de som oftest kan helbredes uten kolostomi
 - Kolostomi bør vanligvis beholdes til det er sikret at fistelen er lukket (undersøkelse i narkose?) ca 12 uker eller mer etter operasjonen
- Østrogenisering av vaginalslimhinnen gjennom hele behandlingsperioden

Spesielle forhold ved cancer

- Utvikling av fistel er ofte ikke til å unngå hvis tumor infiltrerer massivt i blære- eller tarmvegg, spesiell forsiktighet utvises ved biopsi
- Ved aktiv cancersykdom blir forventet levetid og pasientens øvrige tilstand avgjørende for om en fistel skal opereres
 - Forventes en levetid på over en til to måneder, bør det ved enterovaginal fistel overveies avlastende tarminngrep
- Urogenitale fistler uten canserinfiltrasjon eller bestråling bør kunne vurderes lukket
 - Suprapubiskateter kan med fordel anvendes ved urininkontinens som følge av canserinfiltrasjon i blæreblunn/uretraområdet
 - Rektovaginal fistel, som følge av strålebehandling, uten resttumor og god prognose kan overveies lukket kirurgisk. Spontan lukning av stråleindusert rektovaginal fistel etter avlastende tarminngrep alene, skjer knapt
- Vesikovaginal fistel, som følge av stråleskade lar seg sjelden lukke, blir å behandle med urindeviasjon
 - Ileumblære og urostomi, evt. kontinent Brickerblære
- Ureterovaginal fistel kan behandles med reimplantasjon av ureter i blæren, evt. med interposisjon av tynntarm eller appendiks (urologer ved DNR har kompetanse)
- Utvikling av fistel etter vellykket strålebehandling kan være tegn på residiv (III). Residiv må utelukkes før operativt inngrep overveies

OPPFØLGING

Urogenitale fistler

- Tre måneder etter avsluttet operativ behandling, kontroll for å sikre at ikke residiv har kommet til og ta opp følgetilstander som instabil blære og stress inkontinens

Genitointestinale fistler

- En undersøkelse ca tre måneder etter operativ behandling skal sikre at det ikke er residiv, og da kan en ev. kolostomi lukkes

Komplikasjoner

- Residivfistel er den viktigste komplikasjonen, under nordiske forhold (III)
- Urogenitale fistler kan følges av ustabil blære og forskjellige inkontinensplager

Forløp

- Urogenitale fistler vil vanligvis være helbredet 14 dager etter operasjonen, om den er utført korrekt og på riktig tidspunkt
- Genitointestinale fistler kan regnes som lukket dersom ingen fistel påvises tre måneder etter behandling
- Behandlingens varighet (inntil år) avhenger av type fistel og den valgt behandling

Prognose

- Urogenitale fistler, uten forverrende grunnlidelse, bør kunne helbredes i første forsøk i 80-95 % av tilfellene (III), residivfistlene har dårligere prognose

- Genitointestinale fistler uten forverrende grunnlidelse, ca 20 % residiv ved tidlig operasjon. Operasjon på residiv har høyere tilbakefallstall (III). Kolostomi bedrer prognosen
- Cancer og alvorlig grunnsykdom vil sterkt modifisere prognosen

Råd

- Søk gjerne råd om behandlingen, helst så tidlig som mulig. Dette er sjeldne og vanskelige tilstander hvor behandlingsvalget og tidspunkt kan gi store utslag

Pasientinformasjon

- Det vide spekter av problemer og de mange nyanser i behandlingen gjør at en bør sette av romslig med tid til muntlig fremfor skriftlig informasjon
- Pasienter med fistelkomplikasjoner opplever tilstanden svært traumatisk og er spesielt avhengig av kyndig informasjon og støtte. Sykepleier med spesialkompetanse kan være til god hjelp

Vurdering av dokumentasjon

- All behandling bygger på pasientregister og ekspertuttalelser (III-IV), unntatt manglende effekt av antibiotikaproylakse ved urogenitale fistler (Ib)

ICD-10

N82.0 Vesikovaginale fistler

N82.1 Andre fistler i kvinnelige urinveier og kjønnsorgan

N82.2 Fistel mellom skjede og tynntarm

N82.3 Fistel mellom skjede og tykktarm, rectovaginal fistel

N82.4 Andre intestinogenitale fistler hos kvinne

N82.5 Genitokutane fistler hos kvinne

N82.8 Andre fistler i kvinnelige kjønnsorgan

N82.9 Uspesifiserte fistel i kvinnelig urinveier og kjønnsorgan

Y60.0 Skade under kirurgisk prosedyre

Y63.2 For stor stråledose ved strålebehandling

Y63.3 Utilsiktet eksponering av pasient for stråledose i forbindelse med behandling