

Verschluss einer rektourethralen Fistel durch V.A.C.® Therapie

Joos A.K., Jonescheit J.O., Bay F., Palma P., Chirurgische Universitätsklinik Mannheim GmbH
Fakultät für klinische Medizin der Universität Heidelberg

Einleitung:

Als mögliche Komplikation einer laparoskopischen Prostatektomie kann sich eine rektourethrale Fistel entwickeln. Als initiale Maßnahme wurde bei dem Patienten zur Stuhlableitung ein doppelläufiges Ileostoma inklusive einer suprapubischen Harnableitung angelegt. Diese Maßnahme



Abb. 1

führte allerdings erwartungsgemäß nicht zur Abheilung der Fistel.

Die anschließende operative Versorgung mittels anteriorer Levatorplastik scheiterte aufgrund einer Wundinfektion mit Insuffizienz der Muskelnäht. Als weitere operative Option wäre nun eine Muskeltransposition in Frage gekommen. Da es sich hierbei allerdings um einen komplexen Eingriff handelt, der zudem erst nach vollständiger Abheilung der perinealen Wunde hätte durchgeführt werden können, entschieden wir uns für den Versuch, mittels Vakuumtherapie die Fistel zu verschließen (Abb. 1).

Methodik:

Die Persistenz der rektourethralen Fistel zeigte sich bei einer Rektoskopie als sichtbarer Krater mit Luftabgang über den suprapubischen Katheter nach rektaler Luftinsufflation. Zudem kam es zum Austreten von Methylenblau-Lösung ins Rektum nach retrograder Füllung der Blase. Nach Wundrevision und Belassen der teilweise noch intakten Muskelnäht wurde ein zugeschnittener, schwarzer Polyurethan-

schaum von 1,6 cm Dicke (V.A.C.® X-Large GranuFoam®, Fa. KCI, Walluf, Deutschland) in die Wunde zwischen Uretrahinterwand und Rektumvorderwand eingelegt, welcher alle drei bis vier Tage gewechselt wurde. Eine kontinuierliche Saugung mit 150 mmHg Unterdruck wurde angelegt (Abb. 2 und 3).



Abb. 2

Ergebnis:

Schon nach wenigen Tagen kam es zu einem raschen Rückgang der Urinsekretion über die Wunde. Nachdem bei rektaler Luftinsufflation keine Luft mehr über den suprapubischen Katheter austrat und nachdem die Blauprobe bei retrograder Blasenfüllung ebenfalls negativ ausfiel, wurde nach einem Zeitraum von 27 Tagen der Vakuumverband endgültig entfernt.

Die verbliebene, sauber granulierte Wunde epithelisierte nach weiteren 6 Wochen unter täglichen feuchten Verbandswechsels bzw. Ausduschen der Wunde (Abb. 4).

Zwischenzeitlich wurde das Ileostoma zurückverlagert. Die suprapubische Harnableitung musste wegen eines noch geringen Blasenvolumens, trotz Blasen-Training bisher noch belassen werden.

Schlussfolgerung:

Die Komplikation einer rektourethralen Fistel nach laparoskopischer Prostatektomie bedeutet immer eine therapeutische Herausforderung. Die Anlage eines Deviationsstomas und einer suprapubischen

Harnableitung sind die ersten notwendigen Schritte nach Auftreten dieser Komplikation, allerdings gelingt ein Fistelverschluss alleine nach diesen Maßnahmen praktisch nie. Operative Optionen sind unter anderem eine Anteriore Levatorplastik oder eine Muskeltransposition. Vor einer solchen Operation bzw. nach fehlgeschlag-

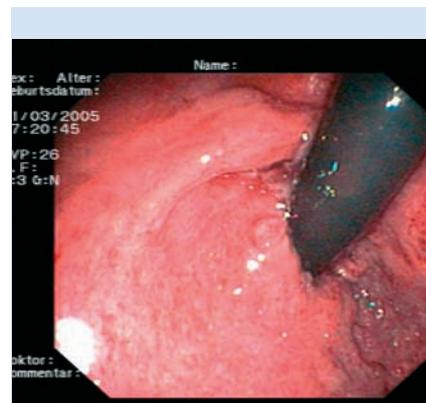


Abb. 3

ner Operation sehen wir in der V.A.C.®-Therapie eine sinnvolle und wenig belastende Erweiterung des konservativen Therapiespektrums.



Abb. 4

Dr. med. Andreas K. Joos, Facharzt für Chirurgie/Coloproktologie (EBSQ), Chirurgische Universitätsklinik Mannheim GmbH, Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim, andreas.joos@chir.ma.uni-heidelberg.de ■