

Fallbericht: Fornixruptur nach vaginaler Fistelplastik



**Deutsches
BeckenbodenZentrum**

R. Rendtorff, H.H. Knispel, R. Tunn

Anamnese

73-jährige Patientin

Absolute Harninkontinenz seit ca. 40 Jahren

Verdacht auf postpartale vesikovaginale Fistel mit Z.n. frustranem
Fistelverschluss in Ankara 1986

Nebendiagnosen

Arterielle Hypertonie, Z.n. fraglichem Myokardinfarkt vor ca. 4
Jahren

Diagnostik

Vaginale Untersuchung: enge Scheide, am Scheidenende große Fistel aus der sich Urin entleert, Uterus und Adnexe unauffällig

Zystoskopie und retrograde Darstellung: ca. 1cm große Fistel dorsal am Übergang zwischen Blasenboden und -hinterwand, Auffüllen der Blase kaum möglich, Ureter und NBKS beidseits zart

Computertomographie: hochgradiger Verdacht auf vesikovaginale Fistel mit Luftblasen in Blase und flüssigkeitsgefüllter Vagina

Therapie

Transvaginale Fistelexzision des ca. 1cm großen Defektes nach Sims und Simon:

Sondieren der Fistel mit geblocktem DK, Ausschneiden des Fistelkanals von vaginal, Mobilisieren der Vaginalwand. Verschluss der Blasenwand unter Aussparung des Urothels. Verschluss der Kolpotomie. Kontinuierliche Harnableitung für 3 Wochen.

Histologie: chronische Urozystitis granularis et cystica

Postoperativer Verlauf

Am 1. postoperativen Tag Schmerzen im Bereich des linken Nierenlagers.

Sonographisch kein Harnstau, prominente NBKS beidseits

Bei persistierenden abdominalen Schmerzen und steigenden Entzündungsparametern weiterführende Diagnostik:

Im CT zeigt sich eine Fornixruptur der linken Niere sowie ein Harnstau II° links und I° rechts

Computertomographie



Urologische Therapie

Nach frustraner retrograder Schienung Anlage eines perkutanen Nephrostomas links.

Am 4. postoperativen Tag antegrade Einlage eines Doppel-J-Katheters links und Entfernung des Nephrostomas.

Entlassung der Patientin mit liegendem DK und DJ links

Nach 3 Wochen Entfernung des DK

Nachsorge

Nach 10 Wochen: stark ausgeprägter Drang, Miktionsfrequenz etwa stündlich, Nykturie 4x, selten Urinverlust, nur noch kleine Vorlagen nötig, Nierenfunktion unauffällig

Beginn mit Solifenacin 5mg, Entfernung des DJ-Katheters

Nach 6 Monaten: Drang und Nykturie deutlich gebessert, gelegentliche Belastungsharninkontinenz, regelmäßige urologische Kontrollen

Fornixruptur

Ein seltenes Krankheitsbild, aber ein urologischer Notfall!

Breun H, Csapo Z, Sigel A (1989) Fornix-Ruptur – Überprüfung der Pathophysiologie und der Klinik. Urologe [A] 28:329-333
Doehn C, Fiola L, Peter M, Jocham D (2010) Outcome Analysis of Fornix Ruptures in 162 Consecutive Patients. Journal of Endourology 24:1869–1873
Klasen J, Rabenalt R, Heinen W, Blondin D (2010) Harnleitersteinbedingte Fornixruptur in der Schwangerschaft. Urologe 49:1172–1175
You JS, Chung YE, Lee JY, Lee HJ, Chung TN, Park YS, Park I (2012) The spontaneous rupture of the renal fornix caused by obstructive nephropathy. The Journal of Emergency Medicine 43:488–489

Ätiologie

Harnleiter- / Nierensteine, maligne obstruktive Uropathie,
Traumata, iatrogen, idiopathisch

Intravenöses Ausscheidungsurogramm bei akuter Kolik
kontraindiziert – Gefahr der Fornixruptur!

Pathogenese

Druckerhöhung → Überdehnung → Einreißen des Nierenbeckens
→ Nephroprotektion durch Druckminderung

Klinik

Flankenschmerzen, plötzliche Schmerzminderung durch
Druckentlastung, Hämaturie, Übelkeit, Erbrechen, Fieber,
Entzündungsparameter

Diagnostik

Sonographie: Urinaustritt in perirenales Gewebe

DD: Urinom, Hämatom, Abszess

iv-Urographie: verzögerte Kontrastierung, irreguläre Nierenkelche,
KM-Austritt in parapelvines Gewebe

CT oder MRT mit iv-Kontrastmittelgabe

Therapie

Druckentlastung!

Endoskopische Ureterschieneneneinlage, alternativ perkutane

Nephrostomie (erschwert bei ungestauter Niere)

Antibiotika-Therapie

Komplikationen

Abszessbildung, Sepsis, retroperitoneale Fibrosebildung, Verlust der Nierenfunktion

Fazit

Fistelverschluss auch nach 40 Jahren noch möglich

Postoperativ Risiko für geringe Blasenkapazität, da 40 Jahre lang
keine Blasenfüllung

Bei postoperativen Schmerzen im Nierenlager alleinige
Sonographie nicht immer ausreichend – weiterführende Diagnostik
notwendig

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit