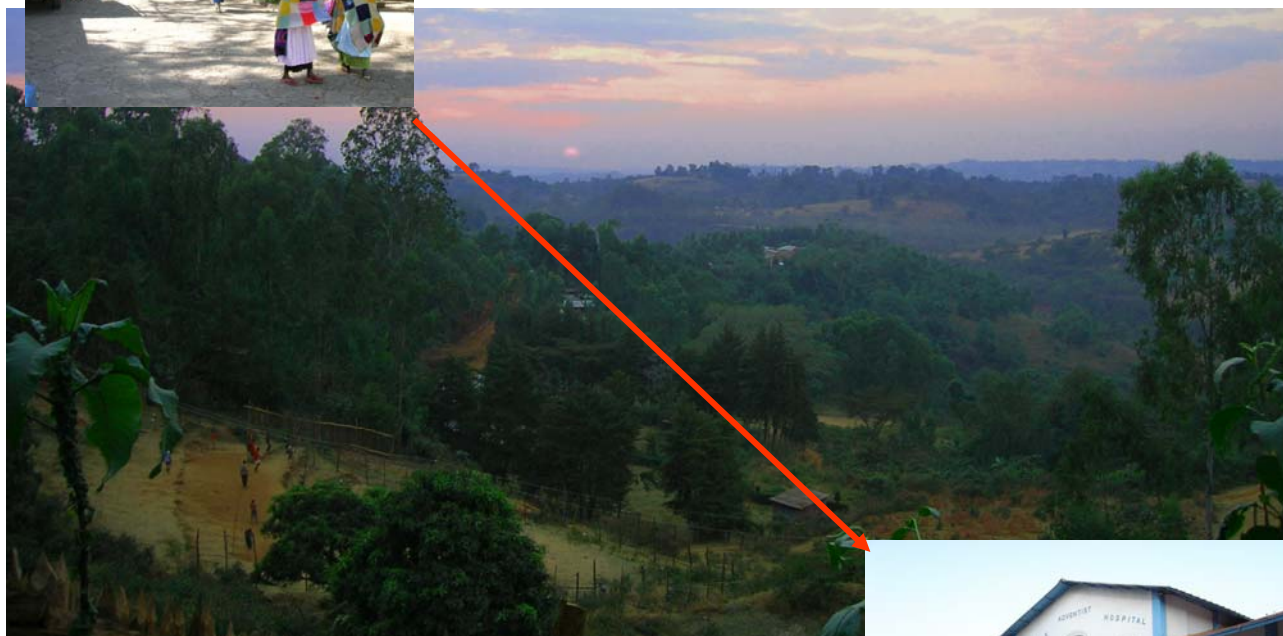


# Operation af kvinder med vesiko-vaginale fistler i Gimbie, Etiopien.

Bjarke Sørensen og Martin Rudnicki  
Gynækologisk afdeling  
Roskilde amtssygehus



En beskrivelse af vores ophold i Etiopien fra januar –marts 2006



## **Baggrund**

Den første kontakt og information vi fik om Gimbie var et møde med Henriette Svarre Nielsen og Adrian Brown, leder af Maternity World Wide (MWW), som dels fortalte om Etiopien, og dels det store behov der var for hjælp på stedet. MWW støtter udviklingen i Gimbie, og specielt hospitalet i Gimbie, vest Etiopien.

Vi fik begge mulighed for at besøge Addis Ababa Fistelhospital, Martin både før og efter opholdet i Gimbie. Fistelhospital i Addis Ababa er et af de største steder i verden for fistelkirurgi.

Martin besøgte desuden Leprahospitalet i Addis Ababa, hospitalet i Ayra tæt på grænsen til Sudan, Universitetshospitalet i Addis Ababa og flere private klinikker, som dog ikke beskrives her.

Rapporten her beskriver baggrunden for vores ophold i Gimbie samt lidt om hvad vi oplevede.

## **Formål med turen /Maternity World Wide**

Maternity World Wide (MWW) er en organisation som er dannet i 2003 med henblik på at bedre den obstetriske behandling for mødre i udviklingslande. Organisationerne har hovedsæde i London og lokal kontor i København. Organisationen ledes af Adrian Brown (Chairman) og Shane Duffy (secretary), begge læger og ansat i London.

Formålet med organisationen er at etablere et obstetrisk behandlingstilbud for kvinder i området omkring Gimbie i det vestlige Etiopien. Behandlingen er lokalt forankret i Adventist hospitalet som er placeret centralt i byen Gimbie vest for Addis Ababa, ca 12 – 14 timers kørsel.

Behandlingstilbuddet til kvinderne er baseret på WHO "Essential Obstetric Care Programme" og organisationen formidler dels lokalt uddannede fødselslæger, jordemødre og sygeplejersker samt professionelle på det sundhedsvidenskabelige område fra udviklingslande.

For at bedre behandlingstilbuddet stræber organisationen mod at etablere et netværk for kvinder bosat i de enkelte landsbyer (Kebele) omkring byen Gimbie dels for at informere om hvornår de skal søge læge under graviditeten, dels med henblik på at etablere projekter, som kan forsørge den enkelte kvinde. Organisationen betaler for behandling af den gravide, hvis den gravide ikke selv har økonomisk mulighed for at betale. I så fald skal kvinden medbringe et brev fra den lokale leder i den landsby, hvor hun bor.

MWW er en organisation som udelukkende dækker sine aktiviteter ved fondsstøtte.

Herudover har MWW støttet behandling af kvinder bosat omkring Gimbie, som har vesiko-vaginale fistler (VVF). Fistlerne opstår efter en protraheret fødsel, hvor barnet ofte er dødfødt. Efterfølgende udstødes mange kvinder fra familien, hvis de bliver inkontinente. Der er derfor tale om et alvorligt socialt problem for de udsatte kvinder, som kan findes efterladt i udkanten af landsbyerne.

Der er der langt til Addis ababa, hvorfor mange fra området ikke tager til fistelhospital i Addis Ababa, selvom behandlingen her er gratis og som regel refunderer Fistelhospital også transportudgifterne til den enkelte kvinde (ca 40 kr). Andre forhold som kan medvirke til at patienterne ikke søger til Addis Ababa mhp behandling er, at kun få i Addis Ababa forstår dialektet, der tales i Gimbie. Desuden er det er manden der bestemmer om kvinden kan rejse.

MWW har tidligere sendt flere kirurgiske hold til Gimbie hospital for at foretage fistel kirurgi, sidst september 2005, hvor tre engelske læger opererede 16 kvinder. Den aktuelle støtte til dette projekt givet af FIGO fonden er netop givet mhp. at fortsætte dette tiltag. Martin var blevet bedt om at stå for det aktuelle projekt, hvor ca. 30 kvinder ville blive tilbudt behandling i Gimbie.

## Fistelhospitalet i Addis Ababa

Fistelhospitalet i Addis Ababa blev etableret af Reginald and Catherine Hamlin i 1975 efter flere års arbejde på Addis Ababa Medical School siden 1959. Baggrunden var at ca. 5% (eller ca. 9000 kvinder pr år) af alle kvinder i Etiopien har VVF efter fødsler, men kun ca. 15% af disse har mulighed for at få behandling.

Fru Hamlin er stadig leder af hospitalet, udfører ofte kirurgiske indgreb, men står også for "fundraising", da hospitalets årlige udgifter udgør over 5mill £.

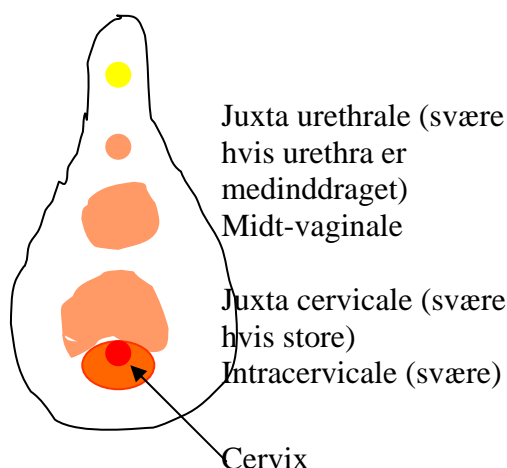
Hospitalet drives af 6 læger, 9 sygeplejersker, over 50 tidligere fistelpatienter og en fysioterapeut (men hun er nu ikke så meget værd – sidder i kørestol, og løfter lidt benene på patienterne her og der – der er ikke noget "program" for genoptræning som vi så).

Afdelingen rummer i dag flere afsnit, det største og mest kendte ligger ved indgangen og rummer 60 senge. Herfra går man direkte til operationsstuen (der er kun en, men med fire operationslejer). Al behandling på fistelhospitalet er gratis. Den gennemsnitlige pris pr patient ca. er 400£, hvilket dækker ophold og forplejning i ca. 3 uger (men der er nok meget vide rammer, mange kan ikke sendes hjem igen så flere forbliver på hospitalet op til ½ år).

Fistelhospitalet planlægger i øjeblikket at etablere 4-6 nye klinikker, hvor der vil være mulighed for behandling af kvinder med fistler. Tilsyneladende er der dog ikke planlagt nogen klinik i Vest-Etiopien, et af de mest fattige områder i Etiopien, muligvis på grund af politisk pres, idet regeringsmagten i dag tilhører det nordlige Etiopien. Ved valget 2005 var der udtalte uroligheder pga. mistanke om valgsvindel, da langt de fleste poster i parlamentet gik til kandidater fra de nordlige (og mindre folketætte) provinser.

### Vesiko vaginale fistler /rectovaginale fistler

Succes ved behandlingen af fistler til vagina efter traumatiske fødsler er som regel relateret til lokalisation af fistlen og størrelsen (efter beskrivelse af Brian Hancock, nok den i verden der har udført flest fisteloperationer).



Fistelstørrelse	
Små:	0.5-1.5cm
Medium	1,5-3,0cm
Store (=svære)	>3cm

Det er kun få VVF som er lette at korrigere, langt de fleste indebærer en eller flere potentielle risici for manglende succes. I mange tilfælde er det ikke nok kun at lukke fistlen. Hvis patienten har en inkompetent sphincter vil patienten ofte være ligeså utæt som før operationen.

De patienter hvor urethra mangler er en meget besværlig gruppe med lille succesrate. Disse patienter må ofte tilbydes anden afledende abdominal operation, hvis det ikke er muligt at genskabe en funktionel urethra.

En anden svær gruppe udgør de juxta urethrale, specielt med "detached" urethrae, idet muligheder for at genetablere en sphinterfunktion ofte her også er små, så selvom fistlen lukkes så er patienten uændret inkontinent.

Endelig er de juxta cervicale og specielt intracervicale utrolig vanskelige at operere fordi mulighederne for at kunne lukke fistlen kræver udtalt fridissektion, både fra cervix og lateralt under pubis rami.

Et andet problem der kræver ens opmærksomhed er placering af ureterostierne i relation til fistlen. Ved en mindre fistel er det ikke noget problem (<1cm), men ved de større bør ureter identificeres – kan gøres ved at give 10 mg Furix hvorefter patienter danner så meget urin at de står frem som små springvand, eller sondere med ureterkatetre. De sidste kan så indføres, hvis det skønnes nødvendigt. De fleste fjerner dem umiddelbart efter indgrebet i dag.

Der findes flere teknikker til at sikre ureter hvis der ikke findes ureterkatetre. En metode er at begynde suturering lateralt for ostiet og derved indkærve det i blæren. Måske lidt svært at forestille sig, men i praksis virker det udmærket og sikrer ureter.

De fleste patienter har ofte haft fistlen i flere år, og af samme grund er blæren skrumpet og det kan ligesom de andre forhold være en stærk medvirkende faktor til manglende succes. Herudover har mange patienter instabilitet i blæren som følge af det kontinuerlige afløb.

Et problem er at flere patienter kun har trigonum tilbage. De er ofte svære at diagnosticere, specielt placering af ureterostierne. De kan som regel tilbydes en abdominal rekonstruktion – f.eks. en Brickerblære, Kock's reservoir eller lignende.

Endelig er der dem der har gennemgået så mange indgreb at vagina er fjernet – men fistlen er der stadig.

Selvom de på Fistelhospitalet sagde at de gennemførte abdominale indgreb (ved hjælp af urologer fra andre hospitaler) tror jeg, at det er meget få som får det tilbudt. Hvordan skulle de kunne klare at passe en sådan blære ude i en landsby, hvor de knap kan få varmt vand?

Følgende foreslår Brian Hancock (men evidensen er dog usikker) som led i fistelkirurgi:

<b>Brian Hancock</b>	<b>Fistel hosp. Addis Ababa</b>
Tilskynder patienten at drikke præoperativt for at bedre hydreringsgraden (de drikker ofte kun lidt)	ja/IV væske
Iv væske præoperativt ikke nødvendigvis hvis ovenstående holdes	-
Afføringsmiddel er ikke nødvendigt præoperativt	alle
Antibiotika kun i de første 24 timer	3 dage? længere
Episiotomi kun når pladsforholdene er for trange	Det samme
Fedt graf (Martius graft, Bulbocervanosus graft o.l) kun sjældent og kun ved juxta-urethrale	ofte? De er ved at ændre det
Ureterkatetre fjernes efter endt operation	varierende
Sengeliggende 2dage til 1 uge	min 2 uger
Vaginal meche i en dag	2-3 dage



Stuegangen forgår med en læge og to til tre sygeplejersker. Sygeplejerskerne kender alle patienterne, og ved hvilke problemer der er vigtige at tage op på stuegang, ofte har sygeplejerskerne jo selv været patienter engang. En typisk stuegang på 80 patienter tager 2-3 timer. Der er en god stemning og alle problemer bliver vendt. Selv om der er mange patienter er det overraskende, at alle er sengeliggende i hele observationsperioden på ca. 14 dage

Det postoperative regime efter fisteloperationer er noget varierende, men relaterer sig ofte til hvilken type kirurgi der er lavet. Ved simple fistler afklemmes kateteret efter 14. Ved mere komplicerede operative indgreb bliver kateteret ofte afklemmt efter 3 eller flere uger. Patienterne får tilbudt fysioterapi under indlæggelsen som beskrevet tidligere.

## Adventist Hospitalet i Gimbie



Turen til Gimbie er en lang støvet affære hvor støvet virker som en brun tåge der både kommer op gennem bunden i bilen og udefra – de modkørende biler dukker pludselig op og bilen krænger ud til siden, så kig ikke ned! Ingen bruger lys! Landskabet er smukt. Efter ca 12 times uafbrudt kørsel kom vi til hospitalet som ligger i det vestlige Etiopien, ca. 200 km fra Sudan's grænse.

### Opsøgning af fistelpatienter

Vi havde på forhånd inddelt opholdet i to dele, hvor den første del bestod i opsøgning af patienter. Da ingen af os havde mulighed for at være borte fra afdelingen i to måneder, havde vi aftalt at Bjarke ville stå for denne del. Vi havde afsat tre uger vel vidende at det var kort tid til opsporing af patienterne. Vi havde derfor planlagt at vi i den følgende uge, hvor Bjarke stadig var i Gimbie stadig ville prøve at opspore patienter, samt operere så mange som muligt i denne uge, da Martin herefter ville blive alene om det kirurgiske indgreb.

Martin ville dog fortsat efterspore patienter idet omfang at operationskapaciteten tillod det. Da Martin kom havde Bjarke dels fået etableret sig (og kunne derfor fortælle hvordan forholdene hang sammen), dels havde han fundet de første patienter, som blev planlagt til operation allerede samme uge.

Opsporing af patienter skete via et radioprogram som desværre i første omgang blev sendt om lørdagen hvor de fleste ikke hører radio. Den efterfølgende søndag blev det derfor genudsendt med blandet succes, idet en lang række patienter mødte op med andre problemer end urininkontinens.

### **Ambulante undersøgelser**

Vi evaluerede alle patienter på en undersøgelsesstue som også var fødestue (der var to lejer). Lejet kunne ikke bevæges, så det var ofte svært at vurdere udbredelsen af fistlen, specielt hvis der var tale om en fistel tæt på cervix. Som udstyr havde vi et rimeligt spekel (Simms spekel), flergangs metal katetre og almindelige Foley katetre, methylenblåt og en 60 ml engangssprøjte til indsprøjtning af methylenblåt.

I den første uge så vi i gennemsnit 5 til 7 patienter pr dag, men antallet steg den følgende uge til 10 patienter pr dag, hvor Martin var alene. Herefter trappede det ned, uden dog at stoppe på noget tidspunkt.. Samlet har vi set på over 150 patienter under hele opholdet – med anvendelse af ovenstående instrumenter.



Undersøgelsesstuen/leje

## Kirurgisk aktivitet

Det samlede antal patienter opereret fremgår af bilag 1. Operationerne foregik på operationsafdelingen, som var den mest positive personalemæssige oplevelse vi havde. Den mandlige anæstesisygeplejerske var meget motiveret og specielt glad da vi havde medbragt tung Bupivacain, da de kun har lidocain til spinal anæstesi. Vi startede kl. 8.30 hver dag kun afbrudt af en kort pause de dage hvor vi lavede to operationer. Patienten blev fikseret i to bøjler, som jeg ikke tror vi ville bruge herhjemme, men der var ikke andre.

Vi havde god assistance og i de uger hvor jeg var alene var jeg glad for at jeg havde medbragt udstyr til vaginal kirurgi i form af en Lone Star Retractor og hooks, samt biologisk materiale til slynger eller andre forhold, hvor jeg fandt det nødvendigt. Jeg opererede alene kun med en sygeplejerske og uden ovenstående materiale havde det ikke været muligt at gennemføre så vanskelig kirurgi.



Anlæggelse af spinal på operationsstuen

De operative indgreb fordelte sig i tre grupper:

Fistel patienter antal	14
Prolaps patienter antal	8
Patienter som fik anlagt slynge antal	2 (6)

Se bilag 1

Vi har tidligere omtalt vanskelighederne ved fistelkirurgi. Blandt de patienter vi undersøgte var der tre som Martin ikke fandt egnede til fistelkirurgi på Gimbie hospital. Det drejede som to patienter med total blæremangel (kun trigonum var tilbage, begge ureterostier var displaceret lateralt for trigonumområdet), og en som tidligere havde gennemgået tre fisteloperation i Addis Ababa og nu havde recidiv (og ingen vagina). Alle tre blev sendt til Fistelhospitalet i Addis Ababa.



Patienter med prolaps havde alle total prolaps af uterus, men nok ikke som vi ser dem derhjemme. Cervix max punkt var i gennemsnit 18-20 cm udenfor introitus, hos alle var blære, tarm og rectum totalt prolaberet. Alle fik syet blæren op med net.

Patienter med stress inkontinens fik anlagt en slynge. Det var ikke nok hos alle patienter blot at placere en slynge som ved TVT o.l., idet der slet ikke var nogen effekt ved så løs placering (ISD?).

### **Postoperativ behandling**

Den postoperative behandling er ligeså væsentlig som det kirurgiske indgreb. Mange patienter har ingen funktionel blærekapacitet længere, udtalt tendens til instabilitet af samme årsag, samt dårlig almen tilstand, herunder specielt dårlig ernæringstilstand. Alt sammen med til at minimere chancerne for et positivt resultat.

Generelt havde alle patienter åbent kateter med afløb til bakke ca. 10 dage uanset placering af fistlen – dog bortset fra kvinder, hvor urethra blev rekonstrueret. Disse havde åbent kateter i tre uger. Kateteret blev placeret i en bakke således at patienten selv kunne holde øje med om det fungerede, og det gjorde det også let objektivt at vurdere patientens hydreringsgrad. Det skaber på den anden side en del hygiejniske problemer som de let takler på Fistelhospitalet i Addis Ababa. Det samme kan man desværre ikke sige om Gimbie, hvor patienten ofte må ligge i sit våde lagen i flere dage. Lagenet bliver skiftet på opfordring, men opfordringen skal gentages hver dag!

Personalet er ikke rutineret i at observere patienter med vandladningsproblemer, herunder at sikre afklemnings-regime, hvor tiden for afklemning er væsentlig, men det kan sagtens glemmes og der kan gå timer uden at patienten selv gør noget og personalet ligeledes. Og det kan medvirke til at det operative indgreb kan nedbrydes pga. af et uopmærksomt personale.

Ved de prolapsopererede er der risiko for postoperativ urinretention. Det er ligeså stort et problem for personalet at observere dette, dog ødelægges operationen næppe af stort residualvolumen, men alligevel. Men det er utilfredsstillende (meget mildt sagt), at der gentagne gange opdages residualurin på omkring en liter til trods gentagne opfordringer til personalet til regelmæssigt at sikre tømning af blæren med kateter (flergangs metalkateter) hos disse patienter.

## Resultater

To patienter var utætte ved udskrivelsen fra hospitalet. Begge var recidiv patienter med VVF (opereret 2005) og havde juxteurethrale fistler. Den ene havde flere små fistler (jeg tror at jeg har overset en af dem), den anden en fistel, som strakte sig op under rami. Denne patient fik lavet en Martius graf, uden af den havde nogen effekt. Begge er informeret om at henvende sig igen efter tre måneder mhp at blive sendt til Fistel Hospitalet i Addis Ababa.

De øvrige patienter blev alle udskrevet uden inkontinens.

En patient fik efter prolaps operation infektion svarende til vaginaltoppen.

## Økonomi

Turen var velvilligt sponsoreret af FIGO fonden som betalte vores rejse, ophold, vaccinationer og forsikring. En stor tak til gynækologisk obstetrisk afdeling, og specielt til Charlotte Wilken-Jensen for hendes positive støtte igennem hele projektfasen. Uden hendes hjælp havde det ikke været muligt at gennemføre projektet. Også stor tak til Maternity World Wide for at etablere kontakten til Gimbie Hospital, hjælp til skrivning af ansøgninger med mere.

Ligeledes en stor tak til operationsafsnittet på Roskilde Amtssygehus, som var velvillig til at udlåne udstyr. Endelig også til tak til Roskilde Amts Sygehus som gjorde projektet muligt.

## Konklusion

Vi har begge fået en oplevelse som kun få er forundt, og forhåbentlig har vi med vores indsat kunne hjælpe en række udsatte kvinder i Etiopien, som ellers ikke ville modtage hjælp. Projektet viste også at det kan lade sig gøre at tilbyde behandling på et avanceret niveau inden for en relativ kort periode.

Når det er sagt, så må vi erkende at vi finder det problematisk at tilbyde fistelkirurgi på et hospital som Gimbie. Tre forhold viste sig specielt problematisk:

1. Der er ingen assistance til de operative indgreb, bortset fra en operationssygeplejerske.
2. Utroligt svært at få optimalt suturmateriale (medbring selv alt hvad du skal bruge!)
3. Den postoperative sygepleje er meget mangelfuld og kræver operatørens fulde opmærksomhed.

Hospitalet er dog rent operativt velfungerende, og uden operationspersonalets positive indsats havde det været overordentlig svært at gennemføre projektet.

At lave fistelkirurgi kræver ud over en vis portion tålmodighed og god vilje, indsigt i avanceret bækkenkirurgi (på et niveau som kun relativ få kan i Danmark) og færdigheder som anlæggelse af spinal anæstesi samt indsigt i tropesygdomme.

## Perspektiver

Gimbie er i dag et område som er præget af stor fattigdom, stor mødre og børnedødelighed, specielt så vi dagligt intrauterine dødsfald. Det er også et faktum at mange fødsler foregår under primitive forhold og kan medføre varige skader hos mødre i form af fistler.

Den største udfordring ligger i at tilbyde en rimelig svangreomsorg, at sikre en ernæringstilstand (mange havde udtalt forstørrelse af gl. Thyroidea, nogle på størrelse med et barnehoved) hos de gravide mødre og sekundært at udbedre de skader der opstår i forbindelse med fødslerne.

Der er i øjeblikket to jordemødre ansat af MWW med henblik på at sikre registrering af de faktiske forhold, at etablere en fornuftig svangreomsorg ved at inddrage de enkelte landsbyer i området (som er stort), og endelig at forbedre fødselsforholdene ved praktisk vejledning/instrukser.

Der er ingen tvivl om at disse områder bør prioriteres. Specielt ville det være en god ide at støtte udvikling og undervisning af de lokalt ansatte, f.eks. ved studieophold i et europæisk land, hvor de kan få indsigt i vigtigheden i at registrere og læse de ordinationer som er beskrevet i journalen.

Forholdene for kvinder med vesiko-vaginale fistler kunne bedres ved at opsøge disse kvinder og sende dem samlet til Fistelhospitalet i Addis Ababa, som udfører behandlingen gratis. Rent økonomisk vil denne løsning også være langt billigere end at sende et operatørhold til Gimbe, idet kun transporten skal betales.

Endelig vil det jo ikke være uden interesse for os og dem der tidligere har foretaget fistelkirurgi i Gimbe at opsøge tidligere opererede kvinder for at se hvilken betydning behandlingen har haft, herunder om de er blevet kontinente.

## Bilag 1: Patients scheduled for surgery

### Fistula project

Pt No	Navn	Patient Card No:	Tidligere kirurgi	Procedure
1		060485		VVF
2		060487		VVF
3		0513029	05	VVF, martius graft og rekonstruktion af urethra
4		060689		VVF, slynge
5		060673/ 060703		VVF
6		061457	05	VVF
7		0621149		VVF
8		0513538	05	VVF
9		061400		VVF
10		061168		VVF
11		061128		VVF , slynge
12		0513404	05	VVF, Martius graft og slynge
13		060778		VVF
14		059509	05	VVF, Rekontruktion af urethra og slynge
15		0512172	05	Slynge
16		061521		Slynge
17		060881		Prolapse
18		060837		Prolapse
19		061025		Prolapse
20		060997		Prolapse
21		061106		Prolapse
22		061187		Prolapse
23		041367	05	Prolapse
24		061805		Abdominal sacropexi

### Andre patienter

25		0513270	05	Undersøgt i spinal med havde kun trigonum tilbage, sendt til Addis
26		0514457	05	Havde obstruction efter fistelkirurgi i 2005, fik dilateret og trukket urethra i local bedøvelse med god effekt