

Ist eine Fistel nicht genug?

Benedikt Kuster

Eine 85jährige Patientin mit einer Polymyalgie unter Steroiden und mit einem Anus praeter wegen einer perforierten Sigmadivertikulitis zwei Monate früher tritt wegen massiver Durchfälle ins Spital ein. Bei Eintritt war die Patientin in reduziertem Allgemeinzustand, hatte leichte kognitive Störungen und Störungen des Frischgedächtnisses. Im Labor fiel eine Hyperkaliämie von 6,8 mmol/l auf, die vorerst auf die antihypertensive Therapie mit Co-Aprovel® (Hydrochlorothiazid und Irbesartan) zurückgeführt wurde. Trotz Absetzen der Medikamente blieb die Hyperkaliämie unvermindert bestehen. Mehrmals täglich bestanden wässrige Durchfälle durch das Stoma, das deswegen oft nicht kontinent war. Drei Stuhlkulturen waren negativ auf die üblichen Durchfallerreger und *Clostridium difficile* (Toxin und Kultur). Eine Kolonoskopie zeigte keine pathologischen Befunde. In der Histologie wurden keine Hinweise für eine Kollagenkolitis oder lymphozytäre Kolitis gefunden.

Anfänglich war die Miktion unauffällig. Im weiteren Verlauf aber löste die Patientin blutigen Urin per vias naturales. Wegen der Makrohämaturie

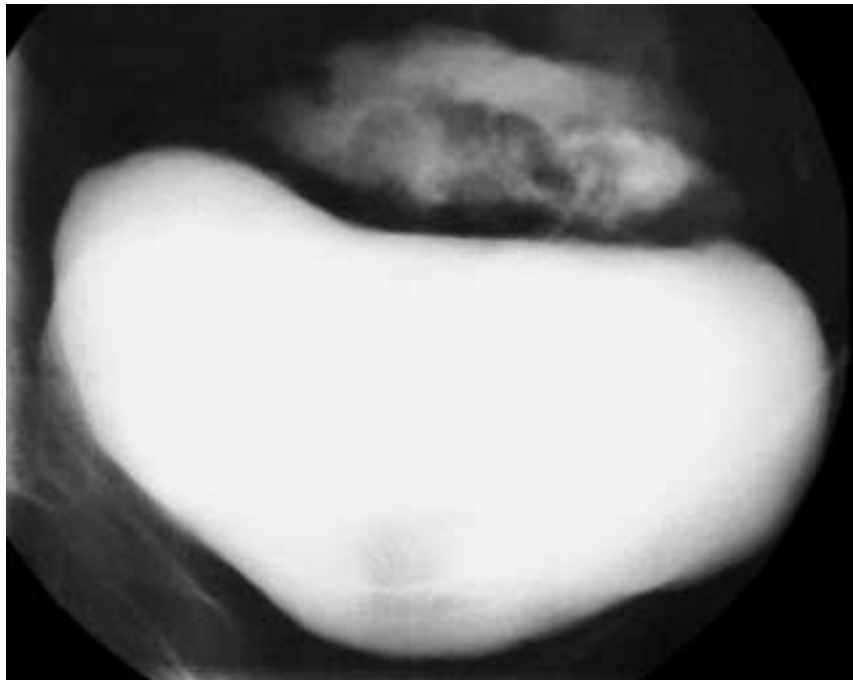


Abbildung 1.
Fisteldarstellung nach Kontrastmittelfüllung der Blase.

und der zunehmenden Anämie wurde eine Urinzytologie aus dem Katheterurin gemacht, die pflanzliches Fremdmaterial nebst Blut und Leukozyten ergab. Radiologisch wurde eine Verbindung zwischen Blase und Rektumstumpf nachgewiesen (Abb. 1). Durch den Nachweis einer Fistel zwischen Blase und Rektumstumpf konnten die Durchfälle aus dem Anus praeter nicht erklärt werden. Die Patientin hätte in diesem Falle ja vor allem Flüssigkeit *per anum* verlieren müssen, hat aber etwa gleiche Mengen über den in der Blase liegenden Dauerkatheter wie über den Anus praeter ausgeschieden. Wir bestimmten das Kreatinin im Durchfall aus dem Anus praeter und fanden einen massiv erhöhten Wert von 2458 µmol/l. Damit hatten wir einen Hinweis, dass eine Verbindung zwischen Blase und Darm proximal des Stomas bestehen musste.

Bei der Revision fand der Chirurg eine an die Blase fixierte Jejunumschlinge sowie das an die Blase fixierte Rektum. In den beiden verbackenen Stellen fand sich je eine Fistel. Beide wurden reseziert, die Blase vernäht und eine suprapubische Ableitung eingelegt. In den darauf folgenden Tagen sistierten die Durchfälle, die Hyperkaliämie normalisierte sich (K 4,5 postoperativ), die Patientin erholte sich allmählich und konnte sich wieder in die häusliche Pflege zu ihrer Tochter begeben. Eine Divertikulitis ist in 51% der Beobachtungen Ursache von vesiko-enteralen Fisteln [1, 2]. In der Literatur nehmen postoperative Fisteln nach Zystektomien und Blasenersatz einen nicht unerwartet breiten Raum ein. Zwei gleichzeitige Fisteln sind nicht alltäglich, aber gerade bei Divertikulitis durchaus möglich. Ob die Hyperkaliämie im vorliegenden Fall auf enterale Kaliumabsorption oder aber auf eine vorbestehende metabolische Azidose zurückzuführen war, bleibt offen, da keine Blutgasbestimmungen vorgenommen wurden. Die metabolische Azidose ist aber zumindest in einer kürzlichen Arbeit beschrieben worden [3].

Nein, eine Fistel muss nicht die ganze Wahrheit sein! Warum wurde die zweite Fistel im Röntgenbild nicht gefunden? Vielleicht gibt es einen einfachen Grund: Gesucht wurde eine Fistel. Als der Radiologe diese nachgewiesen hatte, füllte er die Blase nicht weiter: Er hatte das Gesuchte gefunden!

Korrespondenz:
Dr. med. Benedikt Kuster
Pilatusstrasse 30
CH-6003 Luzern
bkuster@centralnet.ch

Literatur

- 1 Carson CC, Malek RS, ReMine WH. Urologic aspects of vesiculoenteric fistulas. *J Urol* 1978;119:744–6.
- 2 McBeath RB, Schiff M, Allen V, Bottacini MR, Miller JI, Ehreth JZ. A 12-year experience with enterovesical fistulas. *Urology* 1994;44:661–5.

- 3 Gagnon RF, Mangel R, Kaye M. Metabolic acidosis during urinary retention in a patient with enterovesical fistula. *Clin Nephrol* 2000;54:73–7.