



Rektovaginalna fistula kao posledica porođaja – prikaz slučaja

Rectovaginal Fistula as a Consequence of Childbirth - a Case Report

Teodora Krstić¹, Sandra Đorđević², Jovana Stevanović³, Nevena Todorović⁴, Marija Balić Utvić²






¹Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Niš, Srbija

²Dom zdravlja Niš, Srbija

³Zdravstveni centar Toplica, Prokuplje, Srbija

⁴Dom zdravlja Dr Jovan Ristić, Babušnica, Srbija

ORCID iDs: Teodora Krstić
Sandra Đorđević
Jovana Stevanović
Nevena Todorović
Marija Balić Utvić

 <https://orcid.org/0009-0005-4646-8252>
 <https://orcid.org/0009-0006-8488-8183>
 <https://orcid.org/0009-0009-2697-9601>
 <https://orcid.org/0009-0005-6653-7171>
 <https://orcid.org/0009-0009-0450-1965>

Apstrakt

Terminom rektovaginalna fistula označava se neprirodna (abnormalna) komunikacija između rektuma i vagine. Rektovaginalne fistule su retke, a većina su traumatskog porekla. Najčešći uzroci su akušerska trauma, lokalna infekcija ili hirurške intervencije rektuma. U ovom radu prikazan je slučaj pacijentkinje, starosti 26 godina, koja dolazi na porođaj. Dva dana nakon porođaja dolazi do prolaska fecesa i gasa kroz vaginu, gde je dijagnostikovana rektovaginalna fistula. Hitnom hirurškom intervencijom izvedena je bipolarna sigmoidostomija na prednjem trbušnom zidu. Cilj rada je prikazati kliničku sliku pacijentkinje kod koje je, prilikom akušerske traume, došlo do nastanka rektovaginalne fistule. U radu je korišćena retrospektivna analiza medicinske dokumentacije pacijentkinje. Učestalost akušerskih fistula odražava stanje napretka u akušerstvu u jednoj zemlji. Odgovarajuće lečenje rektovaginalne fistule će omogućiti pacijentima da izbegnu veće psihološke probleme i olakšaću reintegraciju u društvo. Najbolji tretman fistula zasniva se na njihovoj prevenciji.

Ključne reči: rektovaginalna fistula, akušerska trauma, stoma

Abstract

The term rectovaginal fistula means an unnatural (abnormal) communication between the rectum and the vagina. Rectovaginal fistulas are rare, and the majority is of traumatic origin. The most common causes are obstetric trauma, local infection, and rectal surgery. This paper presents the case of a 26-year-old female patient who comes to give birth, two days after giving birth feces and gas pass through the vagina, where a rectovaginal fistula was diagnosed, bipolar sigmoidostomy was performed on the anterior abdominal wall with emergency surgical intervention. The aim of the paper is to show the clinical picture of a female patient where a rectovaginal fistula occurs during obstetric trauma. A retrospective analysis of the patient's medical records was used. The frequency of obstetric fistulas reflects the state of progress in obstetrics in a country. Appropriate treatment allows patients to avoid serious psychological problems and facilitates reintegration into society. The best treatment for fistulas is based on their prevention.

Keywords: rectovaginal fistula, obstetric trauma, ostomy

Uvod

Rektovaginalna fistula (RVF) označava abnormalnu komunikaciju između rektuma i vagine. Sa kliničkog aspekta RVF se mogu podeliti na:

- niske RVF (otvor na rektumu je odmah iznad dentalne linije, a na vagini je u predelu forniksa),
- srednje RVF (između niske i visoke RVF),
- visoke RVF (otvor na vagini je blizu cerviksa).

Lokalizacija rektovaginalne fistule može biti različita. Niske RVF su uglavnom posledica porođajne traume, pogotovo sa izvođenjem središnje epizio-

tomije koja se kasnije kontaminira. Infekcija u vidu anorektalnih apscesa i apscesa Bartholinijevih žlezdi zahvata rektovaginalni septum sa mogućim razvojem niskih RVF. Visoke RVF su uglavnom posledica inflamatornih crevnih oboljenja, naročito Kronove bolesti, zračenja u lečenju karcinoma endometrija ili rektuma.

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamnestičkih podataka, kliničkog pregleda i ostalih dopunskih dijagnostičkih ispitivanja (anoskopije, rektosigmoidoskopije, irigografije). Bolesnice se uglavnom žale na vrlo karakteristične simptome: prolazak gasa



i stolice kroz vaginu i prljav vaginalni iscedak koji zaudara. Inspekcijom analne i perianalne regije uočavaju se ožiljci od porođajne traume ili povreda. Bimanuelnim rektovaginalnim pregledom lako se potvrđuje postojanje fistule. Kod teže identifikacije RVF, u rektum se ubaci metilensko plavo, a u vaginu tampon gaze. Prebojavanje tampona gaze bojom, potvrđuje sumnju na postojanje RVF (1).

Lečenje RVF je isključivo hirurški i zavisi od vrste RVF, ranijih, eventualnih, hirurških intervencija i funkcije analnog sfinktera. Uloga endoanalnog UZ je od velikog značaja, jer tačno može odrediti mesto defekta sfinktera. Uspešno hirurško lečenje podrazumeva eksciziju fistule i interopoziciju zdravog tkiva između vagine i rektuma. Okolno tkivo ne sme biti inflamirano, što znači da svaka infekcija u toj regiji mora biti sanirana pre hirurške intervencije (1).

Cilj rada

Cilj rada je da se ukaže na važnost i sagledavanje posledica porođaja, na nastajanje komplikacije porođaja i postupaka koji mogu uticati na efikasno zbrinjavanje akušerske traume.

Materijal i metode rada

U radu je prikazan slučaj 26-godišnje pacijentkinje, komplikacija porođaja i nastanak rektovaginalne fistule. Korišćeni su podaci iz originalnog lekarskog izveštaja.

Prikaz slučaja

Pacijentkinja T.J., 26 godina iz Negotina, primljena je u bolnicu 17. 11. 2020. u 41. nedelji trudnoće zbog porođaja. Laboratorijski nalazi na prijemu: Le 14,8; Crp 7,6; Hg 115; Tr 198; glikemija 4,4; albumini 36.

Pacijentkinja primljena rano izjutra bez bolova i kontrakcija, sa dilatacijom grlića 2 cm. Započeta je indukcija, pacijentkinja se porodila 17. 11. 2020. u 14:36h. Novorođenče je ženskog pola, TM 3700g, TD 54cm, apgar scor 9.

Porođaj završen prirodnim putem, bez epiziotomije i metoda porođajne asistencije (forceps, vakum). Prilikom porođaja dolazi do rascepa vagine i rektuma, urađena je sutura vagine. Prilikom pregleda porođajnog kanala uočen je i rascep rektuma u dužini od 2cm i zato su konsultovani hirurzi. Na odeljenju je tretirana antibiotskom terapijom, amp. longaceph 2g/24h.

Dana 23. 11. 2020. primljena je u Urgentni centar kao hitan slučaj zbog pojave fekalnog sadržaja u vagini i razvijene rektovaginalne fistule. Laboratorijske analize na prijemu: Le 10,9; Er 3,50; Hgb 106; CRP 71,46. Izvedena je bipolarna sigmoidostomija na prednjem trbušnom zidu. Dva dana nakon operacije

pacijentkinja se otpušta kući, korigovana su sva laboratorijska odstupanja, stoma je funkcionalna, toleriše peroralni unos hrane. Dat savet o higijensko-dijetetskom režimu i predlog terapije, tbl. orvagil 400mg 3x1.

Dana 26. 02. 2021. pacijentkinja odlazi na pregled u privatnu kliniku zbog ehosonografskog pregleda mišića pelvičnog poda, u cilju evaluacije rektovaginalne fistule. Urađen je endoanalni ultrazvuk i zaključena je povreda dubokih vlakana spoljašnjeg analnog sfinktera i proksimalnih vlakana unutrašnjeg analnog sfinktera, u opsegu 11–14h, površna i potkožna vlakna su intaktna.

Pacijentkinja u maju 2021. započinje vežbe za jačanje analnog sfinktera, koje se koriste kod oslabljene kontrole i nakon porođaja, Kegelove vežbe. Nakon mesec dana, 7. 06. 2021. primljena je u ZC Kladovo na hirurško odeljenje radi operativnog lečenja uspostavljanja kontinuiteta digestivnog trakta u vidu zatvaranja kolostome. Otpušta se na kućno lečenje 14. 06. 2021. Nakon 8 meseci nošenja bipolarne kolostome pacijentkinja nema tegoba pri defekaciji. U ovom trenutku pacijentkinja nema nikakvih problema sa defekacijom, stolicom i mokrenjem.



Slika 1

Diskusija

Svetska zdravstvena organizacija navodi da 50 000 do 100 000 žena širom sveta svake godine pati od akušerske fistule. Ukupna stopa RVF nakon porođaja je približno 0,1% do 0,5% svih vaginalnih porođaja, ali ova brojka može biti i veća (1–2%) u zemljama u razvoju, i to zbog ograničenog pristupa hitnoj akušerskoj pomoći i produženog porođaja. Nasuprot tome, u razvijenim zemljama incidenca je niža, a neki izveštaji pokazuju stope niske i do 0,2 na 1000 porođaja, zbog boljeg pristupa hitnoj akušerskoj nezi (2).

Rektovaginalna fistula koja se javlja kod žena je abnormalna povezanost donjeg dela debelog creva (rektuma) i vagine. Crevni sadržaj u tom slučaju može da procuri kroz fistulu, što znači da gasovi i stolica mogu da prođu kroz vaginu (3).

Rektovaginalna fistula može da se javi kao rezultat povrede tokom porođaja, zbog Kronove bolesti ili nekog drugog zapaljenja debelog creva, zbog lečenja radijacijom ili raka u karličnom delu, ili zbog komplikacija tokom operacija u karličnoj regiji (4).

Simptomi rektovaginalne fistule često izazivaju emotivni stres, kao i fizičku nelagodnu, koja može da utiče na

osećaj samopoštovanja i uspostavljanje intimnih kontakata. Veoma je važno javiti se lekaru na vreme kako bi se izvršila procena stanja rektovaginalne fistule (5).

Zaključak

Učestalost akušerskih fistula odražava stanje napretka u akušerstvu u jednoj zemlji. Odgovarajuće lečenje će omogućiti pacijentima da izbegnu veće psihološke probleme i da im se olakša reintegracija u društvo. Najbolji tretman fistula zasniva se na njihovoj prevenciji.

Literatura

1. Jeremić M. Abdominalna hirurgija II. Niš: Medicinski fakultet Univeziteta u Nišu; 2009.
2. World Health Organization. Obstetric fistula, 2018.
3. El-Gazzaz G, Hull TL, Mignanelli E, Hammel J, Gurland B, Zutshi M. Obstetric and cryptoglandular rectovaginal fistulas: long-term surgical outcome; quality of life; and sexual function. *J Gastrointest Surg* 2010;14(11):1758-63.
4. Koebele A, Masias C, Barbier A, Abel F, Routiot T, Barbarino A, et al. Fistules rectovaginales basses simples. *Pelv Perineol* 2007;2:280-5.
5. Saclarides TJ. Rectovaginal fistula. *Surg Clin North Am* 2002;82(6):1261-72.