

## Rückerverlagerung Kolostoma

Das am häufigsten angelegte Kolostoma (künstlicher Darmausgang im Bereich des Dickdarms) ist das terminale Kolostoma. Dieses wird bei der Operation nach Hartmann angelegt. Bei dieser Operation wird das Sigma entfernt, ohne dass eine Verbindung zwischen Dickdarm und Enddarm hergestellt werden kann. Dies kommt in relativ seltenen Fällen vor, z.B. bei einer primär perforierten Divertikulitis mit schwerer, kotiger Peritonitis oder auch nach postoperativen Komplikationen wie z.B. einer Anastomoseninsuffizienz (Nahtleck) nach Rektumresektion. In diesen Fällen kann eine Verbindung zwischen Dickdarm und Enddarm ein erhöhtes Risiko darstellen, so dass man sich zum Blindverschluss des Enddarms entschliesst und den Dickdarm als endständiges Kolostoma ausleitet. Erst nach Abheilung der Peritonitis kann eine Wiederherstellung der Darmkontinuität, d.h. eine Rückerverlagerung der Kolostomie in Betracht gezogen werden.

### Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein

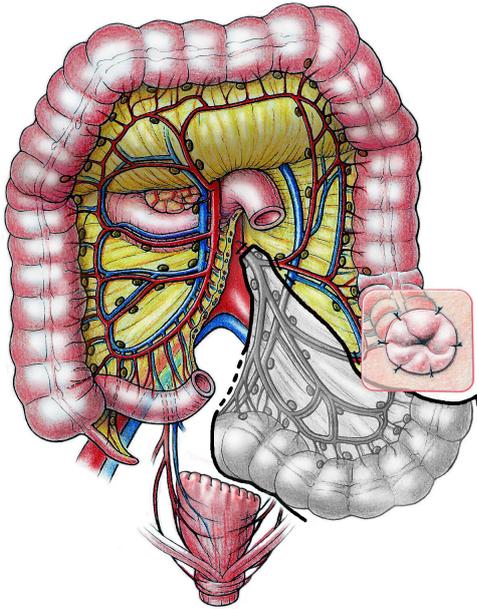
Nach einer Hartmann-Operation wird in den meisten Fällen 2-3 Monate zugewartet. Die Peritonitis sollte vollständig abgeheilt sein, der Patient muss in gutem Allgemeinzustand sein. Internistische Erkrankungen (z.B. Koronare Herzkrankheit), welche das Risiko einer erneuten Operation erhöhen, sollten vor der Operation gut abgeklärt und allenfalls behandelt werden.

### Was passiert vor der Operation

Vor einer Rückverlagerung des Kolostoma wird je nach Vorerkrankung eine Koloskopie durch das Stoma durchgeführt. Mit einer Rektoskopie kann der Enddarmstumpf untersucht werden. Die Patienten treten am Tag der Operation ins Spital ein. Der Narkosearzt befragt den Patienten und klärt ihn über die Anästhesieform auf. Häufig wird eine Kombination von Lumbalanästhesie und Vollnarkose angewandt. Eine Darmvorbereitung ist bei dieser Operation nicht nötig.

### Was wird bei der Operation genau gemacht

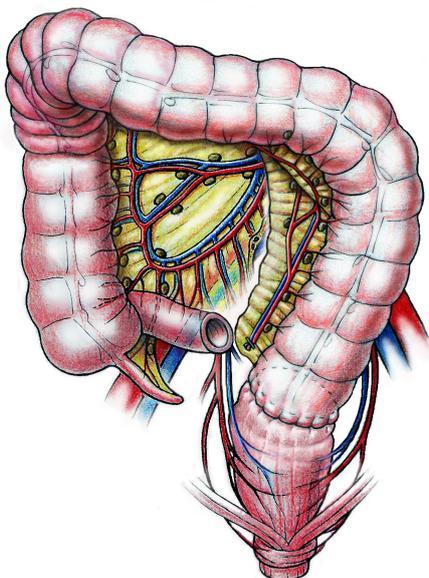
Die Ausgangssituation entspricht dem Zustand nach Hartmann-Operation. Ziel des Eingriffs ist die Rückverlagerung der Kolostomie und die Wiedervereinigung der Darmkontinuität im Sinne einer Verbindung zwischen Dickdarm und Enddarmstumpf.



Operation nach Hartmann: Der Dickdarm ist als terminales Kolostoma ausgeleitet und der Enddarmstumpf mit einer Naht oder einem Klammernahtgerät verschlossen. So kann eine schwere Peritonitis vorerst abheilen und das Auftreten einer Anastomoseninsuffizienz vermieden werden

Bei der Rückverlagerung des Kolostoma wird der Darmausgang spindelförmig umschnitten und aus der Bauchdecke ausgelöst. In den meisten Fällen wird diese Operation offen durchgeführt, d.h. es wird eine Laparotomie angelegt. Von innen her wird der Dickdarm endgültig aus der Bauchdecke ausgelöst und das Ende des Kolostomas wird reseziert. Bei Bedarf muss der Dickdarm noch mobilisiert werden, damit mit genügender Länge der Enddarmstumpf erreicht werden kann.

Bei einer Operation nach Hartmann markieren wir den Enddarmstumpf immer mit zwei nicht resorbierbaren Fäden. Damit kann er bei der Rückverlagerung leichter gefunden und präpariert werden. Meistens muss der Rektumstumpf mobilisiert werden, damit die Verbindung zwischen Dick- und Enddarm problemlos hergestellt werden kann. Die Verbindung zwischen Colon descendens (absteigender Dickdarmschenkel) und dem Enddarm wird mit einem zirkulären Klammernahtgerät hergestellt. Das Gerät wird durch den After eingeführt und im Rektumstumpf platziert. Die im Dickdarm implantierte Andruckplatte wird an den Stapler angesetzt und die Darmenden schliesslich so verbunden. Die natürliche Wundheilung ist dann dafür verantwortlich, dass die Klammernahtverbindung (Anastomose) zusammenwächst und damit auch dicht bleibt.



Nach Wiederherstellung der Darmkontinuität ist das Colon descendens nach unten geleitet und mit dem Rektumstumpf verbunden.

Die Laparotomie (Bauchwunde) wird dann schichtweise verschlossen. Eine Drainage ist in den meisten Fällen nicht notwendig. Die Operation kann auch laparoskopisch durchgeführt werden, nicht selten bestehen aber ausgeprägte Adhäsionen (Verwachsungen), die das laparoskopische Vorgehen deutlich erschweren.

### **Was passiert nach der Operation**

Nach wenigen Stunden auf der Aufwachstation können die Patienten bald ins Zimmer gehen. Bei älteren Patienten oder Auftreten von Problemen behalten wir die Patienten eine Nacht auf der Überwachungsstation. Noch am gleichen Abend kann man trinken. Am nächsten Tag gibt es bereits breiige Kost.

Nach wenigen Tagen können der Periduralkatheter, der Blasenkatheter und die Infusion entfernt werden. Nach einem laparoskopischen Vorgehen werden die Hautschnitte meist mit nicht resorbierbarem Fadenmaterial unter der Haut versteckt genäht. Bei einer Laparotomiewunde verwenden wir Hautklammern, die während 10-14 Tage liegen bleiben. Bei fehlenden Komplikationen können die Patienten nach etwa einer Woche nach Hause gehen.

Mögliche Komplikationen, die nach dieser Operation auftreten, entsprechen jenen nach einer Sigma-resektion: Blutung, Infekt und allgemeine Komplikationen. Selten kann auch ein Anastomosensleck auftreten, d.h. die Verbindung zwischen Dickdarm und Enddarm konnte nicht abheilen und es tritt Stuhl in die Bauchhöhle aus. In diesem Fall muss noch einmal operiert werden. Ganz selten muss ein künstlicher Darmausgang (Ileostoma oder Kolostoma) wieder angelegt werden.

### **Wie muss man sich zu Hause verhalten**

Nach einem laparoskopischen Eingriff genügen normalerweise 2-3 Wochen zur Erholung. Nach einer Laparotomie sollte man das Tragen von schweren Lasten und das Treiben von Sport während 6 Wochen unterlassen. Relativ rasch kann normale Nahrung eingenommen werden, eine spezielle Diät ist meist nicht notwendig.

Die kurzfristige Nachkontrolle findet immer beim Hausarzt statt. Für eine chirurgische Nachkontrolle ist ein Termin etwa 6 Wochen nach der Operation vorgesehen.

### **Wie sieht der Langzeitverlauf aus**

Nach der Wiederherstellung der Darmkontinuität kann man normal weiterleben. Möglich sind allfällige Veränderungen der Stuhlgewohnheit, die aber durch gesunde Ernährung und reichliche Flüssigkeitszufuhr beeinflusst werden können. Nur selten sind stuhlregulierende Medikamente notwendig. Etwa ein Monat nach der Operation kann eine Stenose der Anastomose auftreten. Es handelt sich dabei um eine narbenbedingte Einengung der Verbindung zwischen Dick- und Enddarm. Typische Symptome sind Stuhlschwierigkeiten wie häufige und nur in kleinen Portionen auftretende Stuhlentleerungen. Das Problem kann relativ einfach behoben werden, indem durch den Gastroenterologen die Anastomose mit einem Ballon aufgedehnt wird. Gelegentlich sind dazu mehrere Sitzungen notwendig.