

Rektumprolaps

Was ist ein Rektumprolaps?

Im Gegensatz zum Hämorrhoidal- und Schleimhautvorfall, ist beim Mastdarmvorfall die gesamte Enddarmwand betroffen. Man unterscheidet zwischen einem inneren Vorfall (Intussuszeption) und einem äußeren bzw. kompletten Vorfall, wobei der Enddarm aus dem After herausragt.

Welche Ursachen führen zu einem Rektumprolaps?

Ursache ist eine Schwäche der Haltestrukturen des Enddarmes mit ausgeprägter Beckenbodensenkung. Einen negativen Einfluss haben viele, schwere Geburten. Häufig finden wir bei diesen Patienten eine chronische Verstopfung mit vermehrten Pressen bei der Stuhlentleerung.

Welche Symptome können bei einem Rektumprolaps auftreten?

Zunächst tritt der Enddarm nur beim Pressen während der Stuhlentleerung durch den After heraus. Im fortgeschrittenen Zustand kann es sogar dazu kommen, dass der Vorfall ständig vorliegt. Beim Vorfall treten häufig zusätzlich Inkontinenzprobleme auf, da die unterhalb des Schließmuskels gelegene Schleimhaut den Stuhl natürlich nicht zurückhalten kann und der Schließmuskel durch den Vorfall gedehnt wird.

Abzugrenzen vom kompletten Rektumprolaps ist der sogenannte Innere Vorfall (Intussuszeption). Dabei tritt der Darm nicht heraus, aber am Afterausgang entsteht durch die Einstülpung ein Ventilmechanismus, der die Stuhlentleerung erschweren kann. Dieses kann die Ursache einer Stuhlentleerungsstörung (sogenannte Outlet-Obstruktion) sein. Weitere mögliche Probleme sind Blutungen und in einigen Fällen die Ausbildung von chronischen Geschwüren der Enddarmschleimhaut (Ulcus simplex recti), die von bösartigen Veränderungen abzugrenzen sind.

Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

Die Diagnose wird durch eine klinische Untersuchung gestellt, wobei der Prolaps durch Pressen während der Untersuchung provoziert wird. Des Weiteren sollte ein Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt werden, auch um eventuelle andere Erkrankungen erkennen zu können. Bei einem inneren Prolaps (Intussuszeption) ist gelegentlich auch eine Defäkographie (MR oder konventionell) notwendig, wobei man zusätzliche Informationen zur Funktionsfähigkeit des Beckenbodens erhalten kann.

Welche Therapieoptionen stehen zur Verfügung?

Durch konservative Maßnahmen wie Stuhlregulation und die Änderung der Ernährung kann die Symptomatik oft gebessert werden. Oftmals ist aber eine Operation notwendig. Bei einem kompletten Vorfall ist die Operation die Therapie der Wahl. Es gibt viele unterschiedliche Operationstechniken, wobei der Eingriff entweder über die Bauchhöhle oder vom After aus durchgeführt werden kann.

An Operationsverfahren stehen uns „perineal oder trananal resezierende Verfahren“ und „abdominell fixierende Verfahren mit oder ohne Resektion“ zur Verfügung.

Welche Operationsmethoden bieten wir an?

STARR-OP:

Bei einem symptomatischem inneren Prolaps (Intussuszeption), bei dem konservative Maßnahmen nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik führen, kann mithilfe dieser Operation, die prolabierende überschüssige Darmwand mittels eines Klammernahtgerätes transanal entfernt werden.

Op nach Rehn-Delorme:

Hierbei wird transanal die überschüssige Schleimhaut reseziert und die verbliebene Muskulatur der Darmwand zu einem Muskelwulst gerafft. Im Idealfall erreicht man dadurch eine verbesserte muskuläre Abschlussleistung und verhindert einen erneuten Vorfall dadurch, dass der Muskelwulst wie ein „Pessar“ auf dem Beckenboden liegt.

Anwendung findet die Methode insbesondere bei alten und multimorbiden Patienten, denen eine größere Operation nicht zugemutet werden kann. Nachteil der Methode ist die hohe Rate an Rezidiven.

OP nach Altemeier:

Hierbei wird transanal der gesamte prolabierte Darmanteil reseziert und die beiden Enden werden wieder anastomosiert. Diese anspruchsvolle Operation ist ebenfalls bei älteren Menschen eine mögliche Therapieform, weil sie insgesamt für den Patienten nicht so belastend ist wie eine abdominelle Operation (s.u.), die Rezidivraten aber deutlich geringer sind als bei der OP nach Rehn-Delorme.

Starr-Operation mit dem Contour-Transtar:

Es handelt sich hierbei ebenfalls um eine schonende, transanal durchführbare Methode, die insbesondere bei älteren Patienten zur Anwendung kommt. Der prolabierte Darmanteil wird bei dieser Operationsmethode mit einem speziell für diese Operation entwickeltes Klammernahtgerät reseziert und der Darm wird gleichzeitig anastomosiert.

(Resektions-)Rektopexie:

Beim Vorgehen über den Bauch (abdominelle Technik) wird der Enddarm rundherum freigelegt, gestrafft und am Kreuzbein befestigt. Insbesondere bei Patienten mit chronischer Verstopfung kann gleichzeitig eine Teilentfernung des Dickdarmes erfolgen. Dieser Eingriff, der als abdominelle Rektopexie bzw. Resektionsrektopexie bezeichnet wird, findet heute standardmäßig in sogenannter minimal-invasiver Technik (Schlüssellochchirurgie), also ohne größere Bauchschnitte statt.

Welche OP-Methode für Sie in Frage kommt hängt von mehreren Faktoren ab und wird nach Durchführung der entsprechenden Diagnostik individuell für Sie festgelegt.

Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Charlottenstraße 72

14467 Potsdam

Telefon: 0331.241 -5202
Fax: 0331.241 -5200