

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

Erster Stromatag an der Donau

21.11.2003, Rehabilitationszentrum

Weisser Hof, Niederösterreich

Wunderlich M

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2004; 2 (1), 33-37

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology


Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

M. Wunderlich

ERSTER STOMATAG AN DER DONAU, 21.11.2003, REHABILITATIONS- ZENTRUM WEISSER HOF, NÖ*

KONGRESS-
BERICHT

Dank der Initiative von DGKS Felizitas Mund (KH Lainz) und Waltraud Ünal (Fa. Bständig) fand am 21. November 2003 der „Erste Stomatag an der Donau“ statt. Zielgruppe waren alle Angehörigen medizinischer Berufe in den nördlichen und östlichen Bundesländern, die mit Entero- und Urostomata befaßt sind. Gewürdigt sei an dieser Stelle die Gastfreundschaft von Herrn Prim. Dr. Karl Schrei, der die Veranstaltung in den ideal geeigneten Räumen des Rehabilitationszentrums der AUVA ermöglicht hat. Organisation und Sponsoring einschließlich der exzellenten Pausenbuffets lagen in den bewährten Händen der Fa. Coloplast, ein Teil der Administration wurde vom KH der Barmherzigen Schwestern in Wien abgewickelt.

Für die wissenschaftliche Leitung verantwortlich waren F. Mund, W. Ünal und Max Wunderlich (KH der Barmherzigen Schwestern). Dem Konzept des Programms entsprechend waren die alternierend von Pflegedienst und Ärzten gehaltenen Vorträge thematisch eng aufeinander abgestimmt und spannten den Bogen von der Indikationsstellung, über Technik und Komplikationen bis zu den Neuigkeiten am Stomamarkt. Mit hoher Professionalität ergänzt wurden die Frontalreferate durch Workshops und praktische Übungen zu Themen wie Irrigation, Stomamarkierung und Ernährung am Nachmittag. Das positive Echo von zahlreichen Fragen und Kommentaren aus dem Publikum trug, ebenso wie das reichliche Demonstrationsangebot der Industrieausstellung, zur Vervollständigung von Wissen und wertvollem Erfahrungsaustausch bei.

*Kongressbericht verfaßt von M. Wunderlich auf Basis der Folien im Referateband der Tagung

INTESTINALES STOMA: FORMEN UND INDIKATIONEN

(OA Dr. Gabriele Novi; Chirurgische Abteilung, SMZ-Ost / Donauspital, Wien)

Diese Übersicht bietet die Grundlage für erste einfühlsame Patientengespräche zur Erklärung der Indikation, somit der Unumgänglichkeit oder besser der medizinischen Sinnhaftigkeit eines temporären oder permanenten Anus praeter, seiner Form und voraussichtlichen Funktion. Immer seltener muß ein Stoma irreversibel auf Dauer angelegt werden: z. B. wegen vollständiger Rektumexstirpation (tiefsitzendes Ca, schwere therapieresistente Entzündung) oder bei massiver inkurabler faekaler Inkontinenz. Das protektive oder Entlastungsstoma (Colon transversum oder terminales Ileum) hat nach wie vor seinen Stellenwert zur passageren Ausschaltung der Stuhlpassage vor pathologischen Prozessen oder sophistizierten operativen Situationen distal, insbesondere in Nähe der Sphinkteren: z. B. rezidivierende hohe Fisteln bei M. Crohn, schwierige Sphinkterrekonstruktionen, extrem tiefe Anastomosen – insbesondere mit pelvinem Darmreservoir. Da die doppeläufige Ileostomie einen wäßrigen, elektrolytreichen, aggressiveren Stuhl produziert, ist sie eine problematischere Lösung als die endständige Colostomie – vor allem in jenen Fällen, wo der Colostomieverschluß nicht nach den üblichen 8 Wochen erfolgen kann. Folglich sollte in Situationen, in denen die Möglichkeit oder die Voraussetzungen für eine Rückoperation unwahrscheinlich sind, *a priori* der Anlegung einer „passageren“ terminalen Sigmoidostomie nach Hartmann der Vorzug gegeben werden. Sonderformen von Entlastungsstomata sind das „Splitstoma“ (Herausleitung von zu- und abführendem Darmteil an zwei verschiedenen Stellen der Abdominalwand) und das „common stoma“, bei dem zwei Darmanteile,

miteinander an der Rückwand vernäht, durch dieselbe Öffnung der Bauchwand herausgeleitet werden.

PRÄOPERATIVE VORBEREITUNG – STOMAMARKIERUNG

(DGKS Gabriele Kroboth; Pflegedienstleitung Mobile Dienste Volkshilfe Steiermark, Graz)

Die psychologische Belastung während der Erstinformation des Patienten durch den spezialisierten Pflegedienst mag durch einfache – leider nicht immer selbstverständliche – Maßnahmen möglichst gering gehalten werden: Frühzeitige Planung des Aufklärungsgesprächs, Wahl eines geeigneten Raumes, Ausschluß von Störung durch andere Mitarbeiter oder Telefonate. Sprache und Tempo werden der Eigenart der Patienten angepaßt, auf Wunsch können Angehörige am Gespräch teilnehmen. Die Stomamarkierung im Stehen, Sitzen und in vorgebeugter Haltung erfolgt durch die Stomaschwester, vorzugsweise in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Chirurgen. Die ideale Stomastelle liegt eher im rechten oder linken Unterbauch in ausreichendem Abstand von Knochenvorsprüngen, Nabel, Narben und Falten, auf einer möglichst ebenen Hautfläche von 10 x 10 cm, deren Höhe möglichst nicht mit Hosensack oder Rockbund interferieren sollte. Der Darm sollte durch den M. rectus abdominis herausgeleitet werden und das Stoma für den Betroffenen zur Versorgung gut sichtbar sein. Wann immer möglich, sollten mehrere mögliche Stomalokalisationen markiert werden.

TECHNIK DER STOMAAANLAGE

(Univ-Prof. Dr. Johann Pfeifer; Chirurgische Universitätsklinik, Graz)

Das *Ileostoma*, ob endständig oder doppeläufig, soll prinzipiell prominent

auf eine Länge von ca. 3 cm angelegt werden, was durch adäquate Stichführung gelingt. Der von den letzten Zentimetern seines Gekröses befreite Darm wird durch den M. rectus abdominis durchgezogen, sein freier Rand durch Nahtfixierung an der proximalen Darmwand evertiert. Der Kock-Pouch als „kontinente“ Variante der definitiven endständigen Ileostomie kommt wegen der technisch schwierigen Konstruktionsweise und häufig unbefriedigenden Kontinenzfunktion kaum mehr zur Anwendung.

Von den Colostomien ist die *Coecostomie* eine nurmehr selten geübte Form: Sie kann entweder durch einen Wechselschnitt als Lippenfistel eingenaht werden oder als Kathetercoecostomie, wobei der Katheter mit zwei Tabaksbeutelnähten im Coecum fixiert und dieses innen an die Bauchwand pexiert wird, um ein Freilegen des Katheters in der Bauchhöhle zu vermeiden. Während erstere operativ verschlossen werden muß, versiegt letztere nach Ziehen des Katheters von selbst.

Die stets passager intendierte *doppelläufige Transversostomie* wird als von ihrem Netzanteil befreite Schlinge des rechten Colons transversum durch paramediane Inzision über einen Reiter herausgeleitet. Von der Inzision rechts der Rektusscheide wird der M. rectus abdominis in seinem lateralen Anteil gekerbt oder gespreizt. Unmittelbar nach Verschuß der Laparotomiewunde wird das Colon eröffnet und der Rand des Stomas mit Hautnähten fixiert.

Da die Anlegung eines *endständigen Sigmoideostomas* präoperativ in der Regel feststeht, kann der Kanal auch vor der medianen Laparotomie kreierte werden: Exzision eines maximal 15 mm im Durchmesser haltenden Hautzylinders an der markierten Stelle, Inzision der Faszie (vorderes Blatt der Rektusscheide), Spreizung oder partielle Durchtrennung des M. rectus abdominis, Inzision des dorsalen Gewebsblattes (Peritoneum parietale, je nach Höhe mit oder ohne Faszie). Nach Resektion oder Durchtrennung

von Colon sigmoideum oder auch descendens wird der proximale Schenkel, in der Regel mit Klammern provisorisch verschlossen, durchgezogen und einige Zentimeter lang vor der Durchtrittsstelle am Peritoneum parietale zur Prophylaxe eines späteren Colostomieprolaps pexiert. Zunehmend wird auch ein linksseitiger Portkanal bei laparoskopischen Eingriffen zum Durchzug des Colon sigmoideum zu Operationsende verwendet. Gelegentlich gelingt das Vorziehen einer lockeren Sigmaschlinge durch den Stomakanal ohne Laparotomie oder -skopie. Dann müssen zu- und abführender Darmschenkel mittels perianaler Luftinsufflation, am besten mit Hilfe des Koloskops, unterschieden werden.

Nach Verschuß aller Wunden wird der eröffnete Dickdarm mit mukokutanen Nähten in oder wenige Millimeter über Hautniveau eingenaht. Die Stapler-Colostomie mit dem zirkulären Klammernahtgerät ist auch aus Sicht der Stomatherapeuten nicht zu empfehlen.

DIE ZEIT DANACH

(DGKS Felizitas Mund;
Fachschwester für Kontinenz und
Stomaberatung, KH Lainz, Wien)

Nach Stomaanlegung werden in der Pflege die stationäre und die ambulante Phase unterschieden. Naturgemäß ist im postoperativen Patientenmanagement auch die Indikation für das Stoma (z. B. Karzinom / akute Intervention / Chronisch entzündliche Darmerkrankung / Stuhlinkontinenz) zu berücksichtigen. Zu Beginn werden der Aspekt der Stomamukosa und der peristomalen Haut, sowie die Lage und Prominenz des Stomas beurteilt. Die erste postoperative Versorgung sollte steril, weich, anschmiegsam, durchsichtig sein und seitlich zur meist liegenden Position des Patienten angebracht sein. In der Folge wird der adäquate Beutel (ein-, zweiteilig, geschlossen, austreifbar) auch in Abhängigkeit von Menge und

Konsistenz des Stuhls ausgewählt, wobei die Versorgung umso öfter gewechselt wird, je flüssiger und aggressiver die Ausscheidung ist. Die Stomanähte sind ab dem 10. Tag immer zu entfernen, da ihre Belassung zu Unregelmäßigkeiten der Stomakontur führen, welche die Versorgung erschweren. Die peristomale Haut wird mit Wasser und pH-neutraler Seife gereinigt, Duschen ist mit und ohne Stomabeutel möglich. Zur professionellen Versorgung gehört die Verfügbarkeit von Lösungsmitteln, Pasten, Puder, Hautschutzringen und -filmen, Deodorant.

Beim einteiligen System sind Hautschutzplatte und Beutel fest verbunden, beim zweiteiligen getrennt. Zunächst wird der Stomaumfang mit einer Meßkarte bestimmt, dann die Versorgung angelegt. Dies geschieht am besten bei stehendem Patienten, indem der Bauch nach oben gezogen und die Versorgung je nach System angebracht wird. Die Auswahl der Versorgung berücksichtigt Form, Lage und Ausscheidung des Stomas, die Beschaffenheit der peristomalen Haut, Geschicklichkeit und geplante Aktivitäten des Patienten.

Insbesondere in Hinblick auf die ambulante Phase sind weitere Aufgaben des Stomapflegedienstes die Organisation von Hilfsmitteln, mobilen Diensten, Selbsthilfegruppen, Bandagisten, Ernährungsberaterin, sowie die anlernende Instruktion der Betroffenen selbst und deren familiärem und medizinischem Umfeld durch ein geduldiges, einig agierendes Team, das die Individualität jedes einzelnen Stomaträgers (nicht: Patienten!) berücksichtigt. Zur optimalen Betreuung der Stomaträger nach der Entlassung gehört auch die regelmäßige Dokumentation der Beschaffenheit von Stoma und umgebender Haut, wie auch der verwendeten Produkte und der Gründe für ihren etwaigen Wechsel. Ein ambulanter Nachsorgetermin, um die weitere Versorgung sicherzustellen, und die Bekanntgabe der Stomaberatungsstelle runden die professionelle Stomaberatung ab.

ERNÄHRUNG BEI STOMA

(DDA & EMB Annemarie Brunec-Ščerba-Saiko; KH der Barmherzigen Schwestern, Wien)

Ziel der Ernährung bei Stomaträgern ist eine normale Stuhlkonsistenz und Entleerungsfrequenz bei Minimierung von Flatulenz, Geruchsbildung und peristomaler Hautreizung, sowie das Vorbeugen einer Stomablockade, natürlich unter Vermeidung von Malabsorption und Kachexie. Gerade weil es für Stomaträger keine speziellen diätetischen Richtlinien gibt, empfehlen sich grundsätzlich die Führung eines Ernährungsprotokolls, die regelmäßige Einnahme von etwa 6 Mahlzeiten, über den Tag verteilt, mit einer Flüssigkeitsaufnahme von 2–3 Litern pro Tag.

Sollte unmittelbar postoperativ eine enterale Sondenernährung notwendig sein, so ist diese laktosefrei zu halten, um die Mazeration der Haut durch saure Stühle hintanzuhalten. Die orale Ernährung, vorzugsweise ab dem ersten postoperativen Tag, hat 4 Aufbaustufen (1: Tee, Schleimsuppe, Zwieback; 2: kohlenhydratreich, ballaststoffarm; 3: fettarme Eiweißträger, wie Milch; 4: Fleisch, Fett), ehe die „Leichte Vollkost“ gegeben wird, welche letztlich die Basisernährung bei Colo- und Ileostomie ist.

Die **Ileostomie** bedingt aufgrund des Flüssigkeitsverlusts nicht selten besondere Maßnahmen: Trinken zwischen den Mahlzeiten, 5–6 g NaCl/Tag, 150 g Glukose/Tag (zur Reduktion des Flüssigkeitsverlusts), Meidung von Laktose und Oxalsäure. Eine Steatorrhoe kann den Einsatz von MCT-Fett (medium chain triglycerides) erfordern, eine Ileostomiediarrhoe eine vorübergehende parenterale Ernährung.

Auch bei der **Colostomie** sind gelegentlich symptombezogene Maßnahmen angezeigt:

Bei **Durchfall** Schleimsuppe, Zwieback, Reis, Weißbrot, Bananen, so-

wie Benefiber[®], unter gleichzeitigem Verzicht auf kalte Getränke, Kaffee, Gewürze und Milchzucker.

Bei **Verstopfung** gesteigerte Flüssigkeitsaufnahme, Gemüse, Obst, Sauermilchprodukte und Benefiber[®].

Bei **Flatulenz** Vermeidung blähender Nahrungsmittel (Hülsenfrüchte, Zwiebel, Steinobst, frisches Brot) zugunsten von Joghurt, Preiselbeeren, Kümmel, Fenchel, Anis und kohlen-säurearmer Getränke.

Bei **Geruchsbildung** Einschränkung von Eiern, Fisch, Zwiebel, Pilzen, diversen Käsesorten, Hefe. Geruchshemmend wirken hingegen Blattsalat, Petersilie, Preiselbeeren, Joghurt, Spinat.

Bei **peristomalen Hautreizungen** Reduktion von säurereichen Speisen (Zitrusfrüchte, Beeren, Essiggemüse, Tomatensauce), von CO₂- sowie säurehaltigen Getränken (z. B. Früchtetee, Fruchtsäfte, Weißwein), von Laktose, bei gleichzeitig ballaststoffarmer Kost.

Der **Stomablockade** (Verschluß durch eingedickten Stuhl) kann durch ausreichende Flüssigkeitszufuhr und das Meiden grober Nahrungsmittel, wie Schalen, faserreiche Viktualien, zähes Fleisch begegnet werden.

CHIRURGISCHE STOMAKOMPLIKATIONEN

(OA Dr. Thomas Filipitsch; Chirurgische Abteilung, Evangelisches Krankenhaus, Wien)

Frühkomplikationen sind relativ selten: Während das harmlose Schleimhautödem sich bald zurückbildet, ist die Nekrose von einer narbigen Schrumpfung, Stenose und Retraktion gefolgt. Bei lokal septischem Prozeß ist Bauchdeckenphlegmonen insbesondere durch Antibiotika vorzubeugen. Bei Stomaausriß muß selbstverständlich sofort laparotomiert und neu implantiert werden.

Geläufiger sind gewiß die Spätkomplikationen: Hernie 30 %, Stenose

19 %, Prolaps 15 %, Retraktion 1 %. Ursache für die Paracolostomiehernie ist meist der Gewichtszuwachs nach gelungener Operation. Die Sanierung besteht in der operativen Einengung der Faszienlücke, während ein Mieder nur für kurze Zeit zu empfehlen ist. Bei Stenose und/oder Retraktion kann eine Erweiterung nach Art einer Strikturplastik durch sternförmige Inzision der peristomalen Haut versucht werden. Schlägt dies fehl, so ist die Stomatransposition (Versetzung an eine andere Stelle) unumgänglich. Die Operationsindikation bei Stenose wird umso dringender, je mangelhafter die Abdichtung durch die Versorgung ist.

Der Colostomieprolaps erfordert eine Colopexie durch neuerliche Laparotomie, selten mit der Notwendigkeit der Nachresektion. Die Stomafehllage nahe Narben, Falten oder in Bundhöhe ist in der Regel Folge der unterlassenen oder ungenauen präoperativen Markierung der Stomastelle. Einzige Lösung bei schlechter Versorgbarkeit ist die Stomatransposition.

Meist schicksalhaft ist die spontane Entwicklung einer Darmerkrankung im Stoma, oft als Ausdruck des Rezidivs des Grundleidens, wie bei Colitis ulcerosa, Morbus Crohn mit Fistelbildung, oder die Neuentstehung von Adenomen. Die chirurgische Sanierung kann sich von kleinen lokalen Interventionen bis zur Nachresektion mit Neuanlegung des Stomas erstrecken.

Alle beschriebenen Eingriffe werden unter dem Begriff der *Stomakorrektur-operation* zusammengefaßt.

STOMAKOMPLIKATIONEN — PFLEGE

(DGKS Christine Putz, Fachschwester für Kontinenz und Stomaberatung; Wien)

Neben den vorher beschriebenen chirurgischen Komplikationen sowie den entzündlichen oder neoplasti-

schen Schleimhautveränderungen gibt es Komplikationen, deren Behandlung ausschließlich in den Bereich der diesbezüglich speziell geschulten Pflege gehört, weil sie das peristomale Integument betreffen: Hautirritationen wegen einer Kontamination durch die Ausscheidungsprodukte, Pilzinfektionen, allergische Reaktionen, Folliculitis, Waschfrauen-Hände-Haut, Kristallbildung. Die Ursachen sind mannigfaltig: Postoperative Gewichtsveränderungen in jeder Richtung, Neuentstehung von Hautfalten, Transpiration, aber auch mangelhafte Pflege, unzureichende Pflegemittel (Benzin), zu häufiger oder zu seltener Wechsel der Stomaversorgung, fehlende Rasur der Stomaumgebung.

Die Hautmazeration als Steigerungsstufe der Irritation kann bedingt sein durch eine undichte Versorgung, durch ein unter Hautniveau gelegenes Stoma, durch Hautkontakt mit aggressivem Darminhalt (insbesondere bei der Ileostomie) oder durch eine zu große Öffnung in der Versorgungsplatte. Naturgemäß besteht die Therapie in einem Wechsel der Versorgung auf eine mit paßgenauer Plattenöffnung nach exakter Reinigung und unter Verwendung von hygrokopischem Hautschutz, entsprechenden Pasten oder Ringen.

Der Folliculitis (Infektion der Haarbälge) wird begegnet durch Rasur mehrmals wöchentlich, Desinfektion der Eiterpustel und der Verwendung von Adhäsivmaterial anstelle von Klebeflächen bis zur Abheilung. Bei toxischer Allergie muß die mögliche Sensibilisierung gegen einen Bestandteil der Versorgung oder gegen Hautschutzmaterialien, Seifen etc. ausgetestet und in der Folge auf verträgliche Produkte umgestellt werden. Mykosen aufgrund der Zerstörung des Säureschutzmantels in feuchtwarmem Milieu, besonders bei reduziertem Allgemeinzustand, werden durch Abstrich diagnostiziert und mit wäßrigen Antimykotika behandelt (Pyoktanin 0,25–0,5 %, Mykospor, Candio Hermal, Moronal etc.). Ferner

sollte auf einer ohne Fön gründlich getrockneten Haut nur Adhäsivmaterial verwendet werden. Die Hyperpigmentierung aufgrund von Hämoglobinalagerungen in der Haut nach Irritationen ist harmlos und bedarf keiner Therapie.

Ursachen für die weiße aufgequollene peristomale Haut nach Art der „Waschfrauenhände“ sind undichte Versorgungen, zu seltener Versorgungswechsel und die Anwendung von Platten, die kaum Feuchtigkeit (z. B. Schweiß) aufnehmen. Abhilfe schafft der sofortige Wechsel der Versorgung, eventuell auf ein konvexes System, das mit einem Gürtel fixiert wird. In all diesen Fällen umfaßt die Zuwendung des Stomapflegedienstes die Abklärung des Lokalbefundes, die Überprüfung der aktuellen Stomaversorgung und die eingehende Anamnese bezüglich Lebensgewohnheiten, Sport, Ernährung und ähnlichem.

EXTERNE UND INTERNE HARNABLEITUNGEN

(Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinz Pflüger;
Urologische Abteilung, KH Lainz,
Wien)

Sophistiziertere Formen der unproblematisch anzulegenden externen Harnableitung als der häufig verwendete Dauerkatheter sind die suprapubische Blasenfistel (Cystofix) und die perkutane Nephrostomie, bei der ein Pigtail-Katheter durch die Leibeswand in das Nierenbecken eingeführt wird. Ureterenstenosen können rein intern durch einen an beiden Enden geringelten Pigtail-Katheter (double-J) zur Harnleitung vom Nierenbecken in die Blase überbrückt werden.

Die vollständige Cystektomie bringt die Notwendigkeit einer dauerhaften Harnableitung als definitive Lösung mit sich. Dabei unterscheidet man zwischen *inkontinenten* und *kontinenten Harnableitungen*. Während erstere sich in ein externes Reservoir

(nasses Stoma, Urinbeutel) entleeren, münden kontinente (= trockenere) Ableitungen in ein aus Darmteilen neugeschaffenes „Organ“, das die Reservoir- und Kontinenzfunktion der Harnblase möglichst imitieren soll. *Inkontinente Harnableitungen* sind die perkutane Nephrostomie, die Ureterokutaneostomie, das Ileum-, Kolon- oder Sigmaconduit – je nach dem Darmanteil, der in Fortsetzung der Ureteren zur Harnleitung bis zur Haut verwendet wird. Zur Vermeidung von Hautirritationen müssen die das Urostoma bildenden Enden von Ureter oder Conduit als evertiertes Nippelstoma angelegt werden. In der unmittelbaren postoperativen Phase werden z. B. durch ein Ileumconduit Ureterenkatheter zur Schienung und prompten Harnableitung ohne Druckbelastung der Anastomosen gelegt.

Kontinente Harnableitungen sind die Ureterosigmoideostomie, Rektumblasen, Darpouch mit kontinentem Stoma (heterotop) und Darmersatzblasen (orthotop). Aufgrund des Risikos der Entwicklung von kolorektalen Neoplasien an der Ureterenmündung und wegen der Problematik der häufigen Flüssigkeitsentleerung *per anum* kommen die beiden erstgenannten Varianten, bei denen sich Stuhl- und Harnpassage vermengen, nicht mehr zur Anwendung.

Heterotope Reservoirs werden aus Ileum und/oder Coecum/C. ascendens in U- oder S-Form konstruiert (z. B. Kock-Pouch) und haben eine Kapazität von 500 bis 1.000 ml. Jener Darmschenkel, der zum planen Stoma an der Bauchdecke führt, wird durch Nippelinagination so abgedichtet, daß das kontinente Reservoir nur durch Selbstkatheterisierung entleert werden kann.

Die der ursprünglichen anatomischen und physiologischen Situation am nächsten kommende operative Lösung ist natürlich die orthotope Blasen substitution, zumeist unter Verwendung eines Ileumanteils von 60 cm Länge, welcher, aus der Darmkontinuität ausgeschaltet, in U-

oder W-Form gedoppelt, mit der Urethra über dem Beckenboden anastomosiert wird.

PFLEGE BEI EXTERNEN HARNABLEITUNGEN

(DGKS Waltraud Ünal,
Fachschwester für Kontinenz und
Stomaberatung; Fa. Bständig, Wien)

Präoperativ wird nach dem Vorbereitungsgespräch die Stomastelle markiert. Auch ist auf die gründliche Darmreinigung zu achten, wenn die Anlegung eines Darmreservoirs zur Harnableitung geplant ist. Die erste Versorgung der Urostomie wird noch im Operationssaal angelegt. Die Splints (Ureterenkatheter) als Anastomosenschutz und zur seitentrennten Bilanzierung sind traditionell so gekennzeichnet, daß der linke Splint schräg, der rechte gerade abgeschnitten wird.

In der weiteren Pflege wird die peristomale Haut regelmäßig gereinigt (ohne Wundbenzin, Desinfektionsmittel oder Pflegeschäum), die Haare werden durch feuchte Rasur entfernt (keine Enthaarungscreme), der Beutel muß täglich gewechselt werden, die Platte bei zweiteiligen Systemen jeden dritten Tag. Die Situation des Urostomieträgers unterscheidet sich grundlegend von jener des Trägers eines intestinalen Stomas, weil die harnableitenden Wege für Infektionen anfälliger sind und die permanente Ausscheidung von Flüssigkeit durch das Stoma naturgemäß strengere Anforderungen an das System stellt, das hygroskopisch und resistent gegenüber aggressiven Ausscheidungen sein soll. Die Beutel haben eine Kapazität von 300 bis 500 ml, verfügen über eine Rücklaufsperrung und ein Auslaßventil.

Komplikationen wie bei Colostoma (Nekrose, Retraktion, Hernie, Hautveränderungen etc.) sind selten. Hingegen gibt es für das Urostoma spezifische Komplikationen: Der

Harnwegsinfekt aufgrund ungenügender Hygiene, schlechter Abwehrlage, Flüssigkeitsmangel wird mittels Einmalkatheter aus dem Conduit diagnostiziert und in erster Linie durch ausreichende Flüssigkeitszufuhr hintangehalten. Häufigstes Problem ist die PEH (*Pseudoepitheliale Hyperplasie = Waschfrauenhände*) durch chronische Feuchtigkeit bei zu lange belassener oder undichter Versorgung.

Das Pouch-katheterisierbare Stoma, zunächst durch Ureteren- und Ballonkatheter geschient, wird ab dem 5. postop. Tag vom Arzt gespült. Erweist sich der Pouch beim Cystogramm nach 2 Wochen als dicht, so wird der Dauerkatheter entfernt und zunächst in vierstündigen Intervallen katheterisiert, auch um die Schleimbildung als Nährboden für Infektionen zu reduzieren. Später wird der Patient mit dem Intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK) vertraut gemacht: Entleerung mit Einmalkatheter CH 12 oder 14 vier- bis sechsmal täglich, behutsam und unter peinlich sauberen Bedingungen. Komplikationen des katheterisierbaren Pouchs sind: zum Beispiel Infektionen, Stenosen, Reflux, Steinbildung, Inkontinenz.

Bei der suprapubischen Blasenfistel muß die Einstichstelle des Cystofix jeden zweiten Tag frisch verbunden werden, der Schlauch ist zusätzlich mit einem Pflaster ohne Zug zu fixieren. Bei der perkutanen Nephrostomie genügt ein Verbandswechsel zweimal wöchentlich. Beide Systeme können auch mit sterilen Beinbeuteln oder Nachtbeuteln verbunden werden.

VORAUSSETZUNGEN ZUR RÜCKOPERATION

(Prim. Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich; Chirurgische Abteilung, KH der Barmherzigen Schwestern, Wien)

Der Verschluss des intestinalen Stomas erfolgt stets intraperitoneal – bei

doppelläufigem Stoma durch Mobilisierung und Naht der Vorderwand oder durch Resektion des gesamten Stomas und neue Anastomosierung; bei einer Situation nach Hartmann werden der zuführende endständige und der abführende, in der Regel blind verschlossene, Schenkel durch Laparotomie (seltener Laparoskopie) mobilisiert und anastomosiert. Aus der durch Voroperationen und Narbenbildung bedingten veränderten anatomischen Situation folgt, daß keiner dieser Eingriffe dem chirurgischen Novizen im Alleingang überlassen werden sollte.

Vor Rückoperation einer Schutz- oder Deviationscolostomie (-ileostomie) oral einer tiefen Anastomose (z. B. coloanale Anastomose, pelviner Pouch) ist es Pflicht des Chirurgen, sich zu überzeugen, daß ungünstige Voraussetzungen für postoperative Komplikationen, wie Fistel- und Abszeßbildung sowie fäkale Inkontinenz möglichst nicht vorliegen. Präexistente Fisteln werden durch Coloskopie, besser noch durch Irrigoskopie, ausgeschlossen.

Die zu erwartende anale Kontinenz wird mit Retentionstests (z. B. mit 50 ml Grießbrei als in der Konsistenz geeignetes Stuhläquivalent) realistisch abgeschätzt als durch die letztlich aufwendigere Methode der Sphinktermanometrie, die nur eine „theoretische Prognose“ der Funktion von Sphinkteren und neorektalem Reservoir erlaubt.

Selbstverständlich sind die Patienten gerade vor der elektiven Rückoperation minutiös über mögliche Probleme zu informieren. Im Falle von Fisteln sollte auf den Eingriff verzichtet werden, bei drohender Inkontinenz ist vor einer Neubeurteilung ein Beckenbodentraining mit Biofeedback unabdinglich.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich
Krankenhaus der Barmherzigen
Schwestern, Chirurgische Abteilung
A-1060 Wien, Stumpergasse 13
E-mail: Max.Wunderlich@bhs.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)