



# Wann operieren? Stomaanlage

Prof. Dr. med. Ekkehard C. Jehle

Die Vorstellung, vorübergehend oder gar bleibend einen künstlichen Darmausgang („Stoma“) angelegt zu bekommen, ist für die meisten Patienten – verständlicherweise – erschreckend, abstoßend, angstbeladen.

Dies trifft insbesondere auf Darmkrebs-Patienten zu, bei denen die Diagnose und somit der Grund für eine Stomaanlage häufig völlig unerwartet, „aus heiterem Himmel“ kommen.

Etwas anders stellt sich die Situation bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen dar: Hier ist die Diagnose meist seit Jahren bekannt, es besteht oft eine jahrelange Leidensgeschichte, die Überlegungen zu einer notwendigen oder hilfreichen Stomaanlage ziehen sich meist über einen längeren Zeitraum hin und die Anlage eines Stomas kann für viele CED-Patienten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität bedeuten.

Bei einigen CED-Patienten ist zudem die Anlage eines Stomas nur vorübergehend und zeitlich absehbar.

Trotzdem ist auch bei den CED-Patienten die Vorstellung einer Stomaanlage häufig angstbesetzt. Dieser und die folgenden Artikel sollen versuchen, durch ausführliche Informationen die Ängste vor einem Stoma zu vermindern und den Stomaträgern Tipps für ein weitgehend uneingeschränktes tägliches Leben mit einem Stoma zu geben.

## Gründe für eine vorübergehende Stomaanlage bei Colitis ulcerosa-Patienten

Bei Colitis ulcerosa-Patienten gibt es zwei Situationen, bei denen eine vorübergehende Stomaanlage notwendig wird:

Falls die Krankheitsaktivität so hoch ist, dass eine notfallmäßige Operation erfolgen muss, kann keine primäre Pouch-Operation durchgeführt werden. Es wird dann zuerst nur der Dickdarm entfernt („Colectomie“), der Mastdarm blind verschlossen und ein endständiges Ileo-

stoma (siehe Artikel „Technik der Stomaanlage“) angelegt. Gleiches gilt, wenn der Patient dringlich operiert werden muss, die sofortige Pouchanlage aber wegen der hochdosierten Einnahme von Immunsuppressiva zu gefährlich ist.

In einem späteren Eingriff (drei bis sechs Monate später) kann dann die Entfernung des Mastdarmes („Prokterektomie“) und die Anlage des Pouches erfolgen, meist unter vorübergehender Anlage eines doppelläufigen Schutz-Ileostomas (siehe unten).

Die zweite Situation ist die eigentliche Pouchoperation: In fast allen Kliniken, die Pouch-Chirurgie durchführen, wird routinemäßig ein doppelläufiges Ileostoma („protektives Loop-Ileostoma“; protektiv = schützend, Loop = englisch: Schlinge; Ileum = unterer Dünndarm) angelegt, um die Einheilung des Pouches in den Analkanal zu unterstützen. Der Grund hierfür ist, dass selbst unter optimalen Bedingungen einer Pouch-Operation bei einem Viertel der Patienten Probleme der Heilung im Becken auftreten, falls kein vorübergehendes Stoma angelegt wurde.

Solche Einheilungsprobleme („Anastomoseninsuffizienz“) erfordern dann eine notfallmäßige Stomaanlage und können später eine dauerhafte Einschränkung der Pouchfunktion bewirken. Die Rückverlagerung eines protektiven Loop-Ileostomas kann nach sechs bis zwölf Wochen in einer weiteren, „kleinen“ Operation erfolgen.

## Gründe für eine bleibende Stomaanlage bei Colitis ulcerosa-Patienten

Ein bleibendes Stoma, nämlich eine endständiges Ileostoma, wird bei Colitis-Patienten dann angelegt, wenn eine Pouchanlage nicht möglich oder nicht sinnvoll ist (zum Beispiel bei vorbestehender Schädigung des Schließmuskels oder bei Patienten mit einem Lebensalter von über 60 Jahren zum Zeitpunkt der Operation, bei denen die Fähigkeit des Dünndarmes, den Stuhlbrei einzudicken, merklich eingeschränkt ist). Und natürlich bei Patienten, die eine Pouchanlage ablehnen und eine Stomaanlage bevorzugen.



**Anders als z.B. bei Krebspatienten bleibt den CED-Betroffenen meist reichlich Zeit, sich mit Pro und Contra der Stoma-Operation zu beschäftigen. Bei einigen CED-Patienten ist zudem die Anlage eines Stomas nur vorübergehend und zeitlich absehbar. Trotzdem ist auch bei den CED-Patienten die Vorstellung einer Stomaanlage häufig angstbesetzt, auch wenn die Anlage eines Stomas für viele CED-Patienten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität bedeuten kann. Dieser Artikel stellt die Gründe für eine vorübergehende bzw. endgültige Stomaanlage für Colitis- wie Crohn-Betroffene dar.**

Ein weiterer Grund kann sein, wenn nach vorausgegangener Pouch-OP keine befriedigende Pouch-Funktion erreicht wurde. In dieser Situation kann statt der Anlage eines „normalen“ Ileostomas ein Kock-Pouch (siehe Artikel von Prof. Ecker) erwogen werden.

## **Gründe für eine vorübergehende Stomaanlage bei Morbus Crohn-Patienten**

Es gibt eine ganze Reihe von Gründen, weshalb bei Crohn-Patienten eine vorübergehende Stomaanlage angezeigt sein kann.

Bei Notfalloperationen und dringlichen Operationen kann es sein, dass aufgrund einer Bauchfellentzündung, eines Abszesses im Bauchraum oder extrem aufgeweiteter Darmschlingen eine Naht zwischen den Darmenden nicht möglich ist oder zu gefährlich erscheint. Es wird dann eine „Diskontinuitäts-Resektion“ durchgeführt, d.h. der befallene/entzündete Darmabschnitt wird entfernt, der Richtung Analkanal führende („aborale“) Darm wird blind verschlossen und der vom Mund her kommende („orale“) Darmabschnitt wird als endständiges Stoma ausgeleitet. Oder der Chirurg führt trotz dieser widrigen Umstände eine Darmnaht („Anastomose“) durch, leitet aber – um die Abheilung der Darmnaht zu sichern – ein doppelläufiges Stoma („protektives Loop-Ileostoma“) oberhalb der Anastomose aus.

Meist ist nach einigen Wochen bis Monaten bei einem endständigen Stoma eine Wiederanschluss-Operation („Re-Anastomisierung“) oder bei einem dop-

pelläufigen Stoma eine Rückverlagerung möglich.

Ein anales Fistelleiden kann es notwendig machen, zu Inaktivierung der Fistelaktivität ein doppelläufiges Stoma anzulegen, nämlich dann, wenn alle anderen Möglichkeiten der Fistel-Inaktivierung wie Antibiotika, Immunsuppressiva oder chirurgische Fadendrainage der Fistel nicht erfolgreich waren. Solch ein doppelläufiges Stoma wird heute fast immer laparoskopisch (durch „Schlüsselloch-Chirurgie“, also ohne Bauchschnitt) angelegt.

Auch wenn ein chirurgischer Fistelverschluss (z.B. mittels eines Rektumwand-Verschiebelappens) nicht geglückt ist, kann ein zweiter Versuch eines Fistelverschlusses unter Anlage eines Loop-Ileostomas erfolgen, um die Chancen der Abheilung zu erhöhen.

Auch bei einem Schließmuskelfekt, der bei Crohn-Patienten nicht selten nach vorausgegangener „radikaler“ Fistelchirurgie mit Durchtrennung von Teilen des Schließmuskels („Sphinkter“) auftreten kann, sollte eine Rekonstruktion des Schließmuskels („sphincter repair“) bevorzugt unter vorübergehender Anlage eines Loop-Ileostomas erfolgen, um die Erfolgchancen dieses anspruchsvollen Eingriffs zu erhöhen.

## **Gründe für eine bleibende Stomaanlage bei Morbus Crohn-Patienten**

Die Gründe für eine dauerhafte Stomaanlage sind entweder durch die Entzündung im Dickdarm oder durch Probleme im Analbereich bedingt.

Bei einer Crohn-Colitis (einer Entzündung des ganzen Dickdarmes oder von Teilen desselben) kann es notwendig sein, große Teile des Dickdarmes zu entfernen. Falls der Mastdarm („Rektum“) nicht entzündet ist, kann eine neue Darm-Verbindung angelegt werden; ansonsten muss in dieser Situation ein endständiges Ileostoma oder Colostoma angelegt werden.

Bei wenigen ausgewählten Patienten, bei denen die Entzündung immer nur den Dickdarm betraf und bei denen keinerlei Veränderungen im Bereich des Analkanal bestehen, kann in dieser Situation ausnahmsweise auch die Anlage eines ileoanalen Pouches erwogen werden. Alternativ gibt es auch die Möglichkeit, eine kontinente Ileostomie (siehe Artikel von Prof. Ecker: „Kock´sche Tasche“) anzulegen.

Ein nicht behandelbares anales Fistel- leiden, oft verbunden mit einer Zerstörung des Schließmuskels, führt ebenfalls zu irgendeinem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes zur Anlage eines bleibenden Ileostomas oder Colostomas. Gerade für diese Patienten mit langjährigen analen Schmerzen, mit laufenden eitrigen Abszessen und mit Stuhlinkontinenz bedeutet die Stomaanlage fast immer einen enormen Gewinn an Lebensqualität. Diese Patienten sind nach Stomaanlage wieder Herr ihres eigenen Lebens und Tagesablaufes und nicht mehr Sklave ihres Darms.

Stellvertretend dafür die Aussage eines Patienten, die ich in ähnlicher Weise häufig in meiner Sprechstunde höre: „Wenn ich geahnt hätte, wie gut es mir jetzt mit dem Stoma geht, hätte ich diesen Schritt viel, viel früher getan. Ich habe Jahre meines Lebens ohne Lebensqualität verbracht und somit verschenkt.“

## **Endständiges/ doppelläufigs Stoma**

### **Endständig:**

Bei der Anlage des Stomas wird die Darmkontinuität komplett durchtrennt, der zuführende (orale) Schenkel wird in die Bauchdecke eingenäht. Der abführende (aborale) Darm wird häufig teilweise entfernt und blind verschlossen. Ein Wiederanschluss (Re-Anastomosierung) erfordert wieder eine Eröffnung des Bauchraumes.

### **Doppelläufig:**

Bei der doppelläufigen Stomaanlage wird eine Dünndarm- oder Dickdarmschlinge vor die Bauchdecke gezogen, die Vorderwand des Darmes wird eröffnet, die dadurch entstehende Öffnung wird in die Bauchdecke eingenäht. Bei dieser Form der Stomaanlage bleiben sowohl zuführender als auch abführender Schenkel erhalten, so dass eine Rückverlegung des Stomas im Bereich der Stomadurchtrittsstelle ohne große Eröffnung des Bauchraums möglich ist. Diese Methode wird u.a. angewandt, um neuangelegte Darmnähte (etwa beim Pouch) zu schützen oder Fisteln bei der Abheilung zu unterstützen.