

Patienten-Information

Liebe Patientin, lieber Patient

bei Ihnen ist die

OPERATION WEGEN MASTDARMVORFALL

geplant.

BEGRIFFSERKLÄRUNG

Der **Mastdarm** ist das letzte Stück des Darmes vor dem Ausgang. Beim **Mastdarmvorfall** tritt der Mastdarm durch eine schlaffe Beckenbodenmuskulatur und starkes Pressen begünstigt durch den Anus nach aussen.

GEFAHREN DER KRANKHEIT

Durch den nach aussen getretenen Darm kommt es zur lästigen Beschmutzung der Wäsche. In manchen Fällen kann der ausgetretene Darm dort einklemmen und muss notfallmässig operiert werden. Bei langdauerndem Vorfall kann der Schliessmuskel so geschädigt werden, dass der Stuhl nicht mehr gehalten werden kann.

BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Stuhlregulierende Massnahmen und Beckenbodentraining sind nur in den wenigsten Fällen erfolgreich. Meist bringt nur die Operation bleibenden Erfolg.

OPERATIONSTECHNIK

Je nach Lebensalter und Ausmass der Beschwerden können verschiedene Verfahren angewandt werden.

1. Entfernung der vorgefallenen Schleimhautfalten und Raffung der Darmmuskulatur. Eine Eröffnung der Bauchhöhle ist dafür nicht notwendig.

2. Laparoskopische Rektopexie: Dazu werden drei bis vier kleine Röhrchen durch die Bauchdecke gebohrt und der Bauchraum mit CO₂ aufgeblasen. Mit einer Kamera kann das Innere des Bauches gesehen werden. Mit langen Instrumenten wird der Mastdarm nach oben zurückgezogen und mit einem am Keilbein befestigten Kunststoffnetz festgemacht, so dass er nicht mehr nach aussen treten kann.

3. Bei sehr langem Dickdarm kann es besser sein, den Teil unmittelbar oberhalb des Mastdarmes laparoskopisch zu entfernen. Dadurch ist kein Darm für den Prolaps „vorrätig“. Zudem kommt es durch die Entfernung zu einer Vernarbung, welche den Darm an seiner Position hält und das Austreten verhindert.

NARKOSE

Die erste Operation kann sowohl in Rückenmarksanästhesie, als auch in Vollnarkose vorgenommen werden. Die zweite und dritte Operation müssen in Vollnarkose durchgeführt werden.

KOMPLIKATIONSMÖGLICHKEITEN

Der Erfolg und die Risikolosigkeit einer ärztlichen Behandlung kann in keinem Falle garantiert werden, doch sind heute allgemeine Komplikationen von Operationen, wie Infektionen (Lungenentzündung), Venenthrombosen (Gerinnselbildung) und Lungenembolien (Gefässverschluss durch verschleppte Gerinnsel) durch die eingehende Abklärung vor der Operation und durch Schutzmassnahmen während des Spitalaufenthaltes sehr selten geworden. Verletzungen von Organen und Blutgefässen sind durch eine standardisierte Operationstechnik auf ein Minimum reduziert worden. Auch ist heute eine schnelle und wirksame Therapie solcher Probleme möglich.

Bei der ersten Operationstechnik sind Komplikationen äusserst selten. Bei der zweiten Technik kann es zu einer Infektion am eingepflanzten Kunststoffnetz kommen. Dies kann u.U. einen zweiten Eingriff zur Folge haben. Auch kann es in ganz seltenen Fällen zur Darmverletzung mit Bauchfellentzündung kommen. In seltenen Fällen sind bei Männern Potenzstörungen und bei Frauen Störungen des Sexualempfindens sowie Blasenentleerungsstörungen beobachtet worden. Bei Entfernung eines Darmteils kann es an der Nahtstelle zu Leckagen kommen. In solchen Fällen ist die vorübergehende Anlage eines künstlichen Ausgangs nötig, um die Leckage abheilen zu lassen.

Noch Jahre nach einer Operation im Bauchraum kann es wegen der Bildung von Verwachsungen (Narben) oder Bränden (Narbenstränge) zu einem Darmverschluss kommen.

NACHBEHANDLUNG

Nach der Operation werden Sie wieder in Ihr Zimmer gebracht. Mit Essen und Trinken können Sie in der Regel am Tag der Operation wieder beginnen. Sie werden in den ersten 3 Wochen nach der Operation ein Mittel zum Erweichen des Stuhlgangs erhalten, um der Narbe Zeit zur Abheilung zu geben. Bei optimalem Verlauf dürfen Sie nach 4 Tagen das Spital verlassen. Die Fäden werden nach 10 Tagen vom Hausarzt entfernt. Starkes Pressen beim Stuhlgang sollten Sie für 3 Wochen vermeiden und auch später ist eine Stuhlregulation von Vorteil. Ihr Arzt wird Sie gerne beraten.

PROGNOSE

Die Rate an Rückfällen ist bei der ersten Operationstechnik etwas höher als bei der zweiten, wobei letztere aber sehr niedrig ist. Sind vor der Operation Probleme mit dem Halten des Stuhls aufgetreten, so werden diese durch die Operation nur in etwa 50% der Fälle ganz gelöst. Je länger der Darmvorfall schon bestanden hat, desto geringer sind die Chancen, dass der Schliessmuskel seine Funktion wieder voll übernimmt. Dies kann eventuell weitere Eingriffe oder unterstützende Massnahmen notwendig machen.

MITHILFE

Ihre Mitarbeit durch sorgfältige Beantwortung unserer Fragen, Hinweise auf Risiken und Komplikationen im Zusammenhang mit früheren Operationen oder Ihrem Beruf, sowie Befolgung der Anordnungen des medizinischen Personals, hilft wesentlich, das Risiko des bevorstehenden Eingriffes zu senken.

AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

Ein Aufklärungsgespräch mit Dr., bei dem ich sämtliche mich interessierenden Fragen gestellt habe, hat anhand der obigen Informationen stattgefunden und ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit in den obigen Eingriff einschliesslich Narkose, Untersuchungen und Nebeneingriffen ein. Mit Änderungen und Erweiterungen, die sich während der Operation als notwendig erweisen, bin ich einverstanden.

Datum: Unterschrift:

© Prof. Dr. med. M. Röthlin 2009