

Leben ohne Dickdarm: Pouch oder Stoma?

In besten Händen, dem Leben zuliebe.

Eine Informations-Initiative des
Amalie Pouch Zentrums Hamburg
Mehr Informationen unter:



[amalie-pouch-zentrum-hamburg.de](https://www.amalie-pouch-zentrum-hamburg.de)

Warum Informationen so wichtig sind

Für Patientinnen und Patienten, bei denen eine operative Entfernung des Dickdarmes ansteht, stellen sich eine Reihe von drängenden Fragen. Mit deren Beantwortung können bereits im Vorfeld einer Entscheidung Sorgen, Befürchtungen und Ängste weitgehend ausgeräumt werden.

Kann man überhaupt ohne Dickdarm leben?

Ja, das geht sogar erstaunlich gut. Das Verständnis der Arbeitsteilung in unserem Verdauungstrakt ist dabei eine erste und wichtige Hilfe.

Ist nach einer Dickdarmentfernung immer ein künstlicher Darmausgang notwendig?

Nein, durch moderne chirurgische Techniken kann der Weg der Stuhlausscheidung über den After bei den meisten Patienten erhalten werden.

Muss man immer einen Beutel auf dem Bauch tragen, wenn ein künstlicher Darmausgang nicht zu vermeiden ist?

Nein, auch ein künstlicher Darmausgang kann so operiert werden, dass die Stuhlentleerung nur zum Wahlzeitpunkt willentlich herbeigeführt wird und dass deswegen eine auffällige und evtl. behindernde äußere Versorgung des Darmausganges nicht erforderlich ist.

Ist im Falle eines unvermeidlichen Stomas überhaupt ein normales Leben möglich?

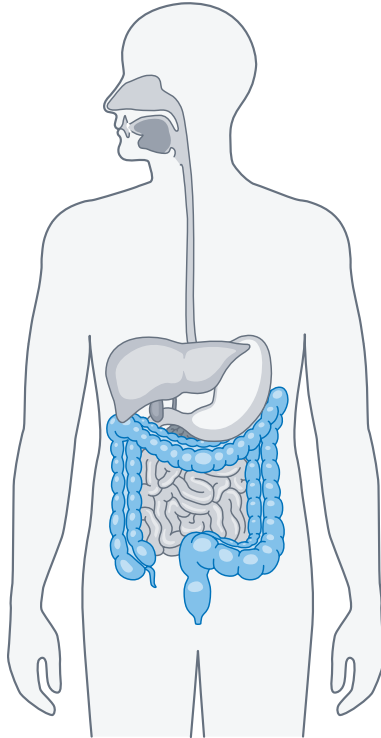
Ja, moderne Versorgungsformen tragen wesentlich zu einer akzeptablen Lebensqualität bei.

Was kann oder soll ich als Patientin oder Patient vor einer Operationsentscheidung selbst tun?

Von großer Wichtigkeit ist, selbstverantwortlich dafür zu sorgen, dass ich eine individuelle, d. h. auf mich zugeschnittene Beratung durch auf diesem Gebiet spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Chirurgeninnen und Chirurgen bekomme.

Folgen von Darmresektionen

Der Verdauungstrakt

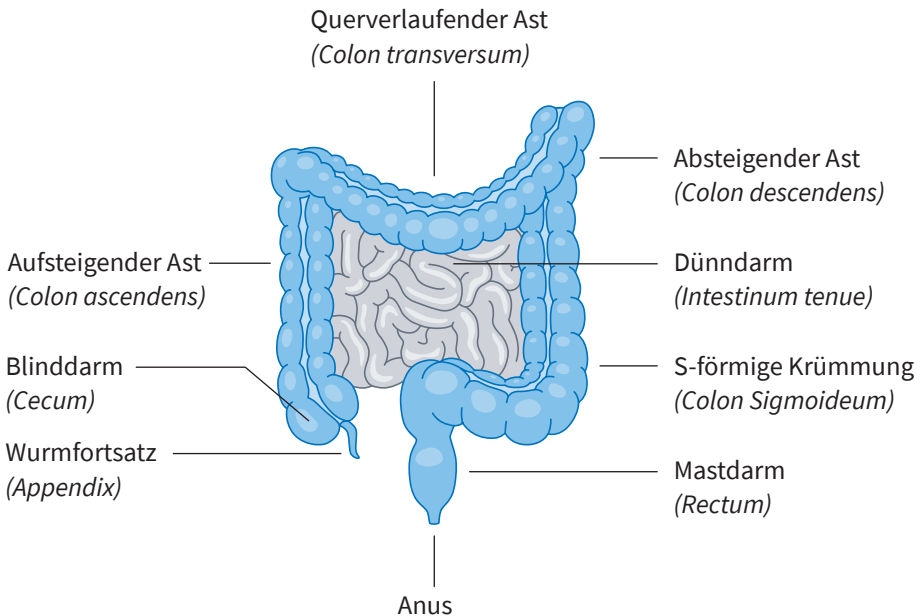


Darmresektionen haben ganz unterschiedliche Folgen, je nachdem, an welchem Darmabschnitt und in welchem Ausmaß sie vorgenommen werden.

Der Dünndarm ist wegen seiner Funktion als wichtigstes Resorptionsorgan für Nährstoffe, Wasser, Mineralien, Spurenelemente und Vitamine lebenswichtig. Resektionen sind deshalb nur in begrenztem Umfang möglich und haben keinen Einfluss auf die Stuhlkontinenz.

Im Gegensatz dazu erfolgen **im Dickdarm** qualitativ und quantitativ nur noch resorptive Restfunktionen. Da diese nach kompletter Dickdarmentfernung (= Kolektomie) vom Dünndarm weitgehend kompensiert (= ausgeglichen) werden, führt auch ein kompletter Organverlust nicht zu einer wesentlichen Beeinträchtigung des biologischen Lebens.

Der Dickdarm



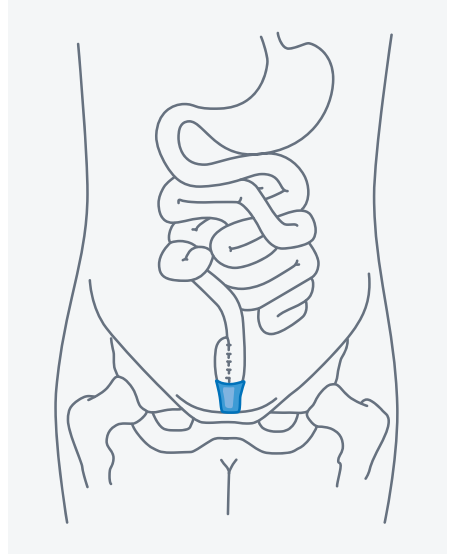
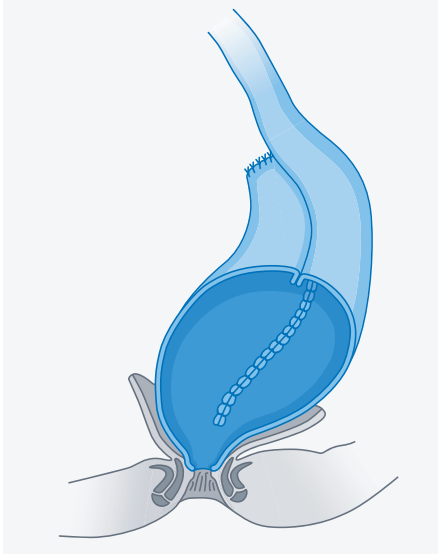
Das Problem

Mit einer Kolektomie geht aber die Kontinenzfunktion (= kontrollierte Stuhlentleerungsfähigkeit) verloren, wenn gleichzeitig auch der Afterschließmuskel entfernt werden muss (= Proktokolektomie). Eine Ileostomie (= künstlicher Dünndarmausgang) zieht dann möglicherweise eine nicht zu unterschätzende Einbuße an Lebensqualität nach sich.

Die Lösung

Die moderne Chirurgie ist deshalb bestrebt, den Stuhlausscheidungsweg über den After mittels Ileoanalem Pouch und Ileorektostomie zu erhalten. Ist dies aus verschiedenen Gründen nicht möglich, so kann eine willentliche Kontrolle der Stuhlentleerung durch die Konstruktion einer kontinenten Ileostomie, auch Kock'sche Tasche genannt, hergestellt werden. Eine gewöhnliche Ileostomie ist nur in Ausnahmen unumgänglich.

Ileoanaler Pouch



Der ileoanale Pouch ist die modernste Art der Kontinenzhaltung nach Proktokolektomie. Bei diesem Verfahren wird eine Tasche aus 2 Dünndarmschlingen (= J-Pouch) mit dem Afterschließmuskel verbunden. Damit kann der normale Ausscheidungsweg des Stuhles erhalten bleiben. Die Operierten haben in der Regel zwischen 6 und 10 Entleerungen am Tag und 0 bis 2 Entleerungen in der Nacht zu erwarten. Obwohl etwa ein Drittel der Patienten aus Sicherheitsgründen Vorlagen trägt, geben in Studien über 90 % an, mit diesem Ergebnis zufrieden oder sogar sehr zufrieden zu sein. Der ileoanale Pouch ist dadurch weltweit zum bevorzugten Verfahren bei der Proktokolektomie (= komplette Entfernung von Dick- und Mastdarm) geworden.

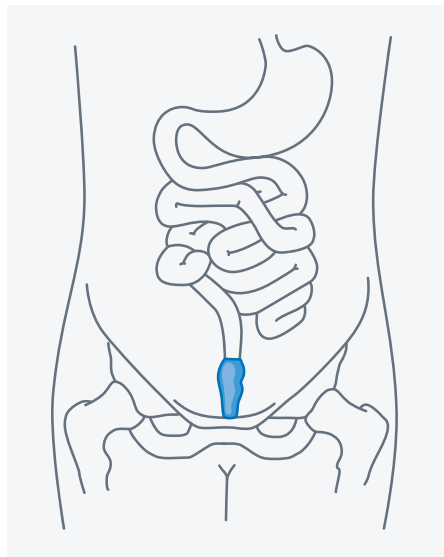
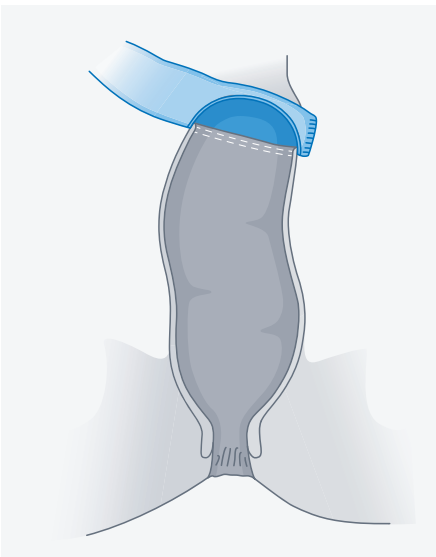
Gleichwohl können nicht alle Patientinnen und Patienten mit diesem eleganten Operationsverfahren behandelt werden. In solchen Fällen ist zu prüfen, ob nicht eine Ileorektostomie (zumindest für einige Jahre) oder eine Kock'sche Tasche infrage kommen.

Die Ileorektostomie

Die Ileorektostomie ist ein Verfahren mit eingeschränkter Vollständigkeit in Bezug auf die Krankheitsausbreitung. Es wird nämlich nur der Dickdarm entfernt, obwohl der Mastdarm möglicherweise auch nicht ganz gesund ist. Der Dünndarm wird dann mit dem belassenen Mastdarm verbunden. Somit wird bewusst zugunsten der Erhaltung einer sehr guten natürlichen Kontinenz auf die komplette Krankheitsbeseitigung verzichtet.

Bei Colitis ulcerosa und Familiärer Polyposis ist das Verfahren aber nur für wenige Patientinnen und Patienten geeignet, die dann auch eine standardisierte Nachbetreuung zur Kontrolle der Krankheitsentwicklung bedürfen. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein gewisser Vorteil in der geringeren Invasivität des Eingriffs und der besseren Kontinenz gegenüber einem primären ileoanalen Pouch. Im Falle evtl. später auftretender Probleme im Mastdarm kann dessen Entfernung immer noch nachgeholt und zum Beispiel ein sekundärer ileoanaler Pouch angelegt werden.

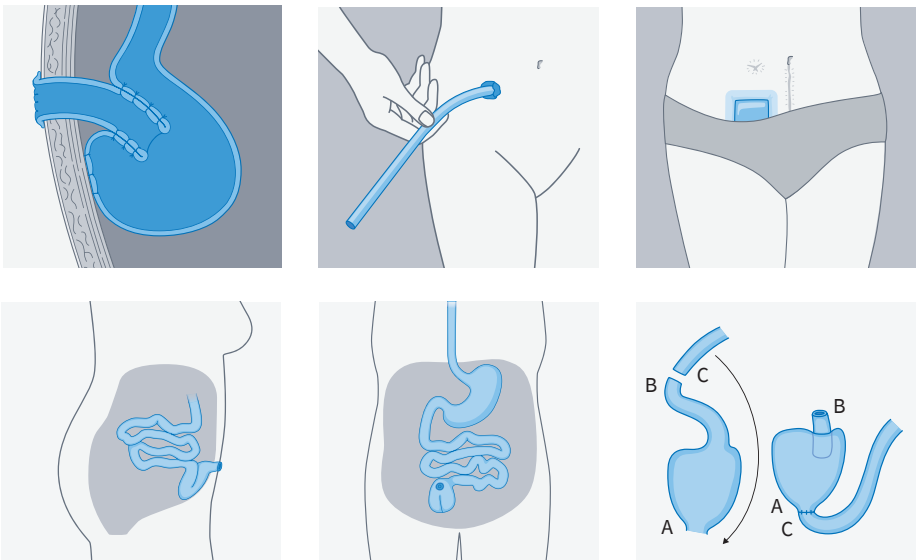
Hauptsächlich kommt die Ileorektostomie bei M. Crohn des Dickdarmes und bei schweren Verstopfungserkrankungen zum Einsatz, ggf. auch unter Erhaltung der Klappe zwischen Dünn- und Dickdarm.



Die kontinente Ileostomie

Kock-Pouch oder Kock'sche Tasche

Bei der kontinenten Ileostomie wird im Bauch aus Dünndarm ein innerer Beutel (= Tasche oder Pouch) konstruiert, um den äußeren „Plastikbeutel“ der gewöhnlichen Ileostomie zu ersetzen. Damit der Stuhl nicht unkontrolliert abläuft, wird der Darm zu einem sog. Nippelventil eingestülpt, bevor er als kleines unauffälliges Stoma an der rechten Bauchwand ausgeleitet wird. Die Stuhlentleerung erfolgt dreimal am Tag durch Einführen eines Katheters, der das Ventil öffnet. In den Zwischenzeiten ist das Ventil zu 100% dicht für flüssigen Stuhl und Winde, das Stoma wird mit einem kleinen hautfarbenen Pflaster abgedeckt.

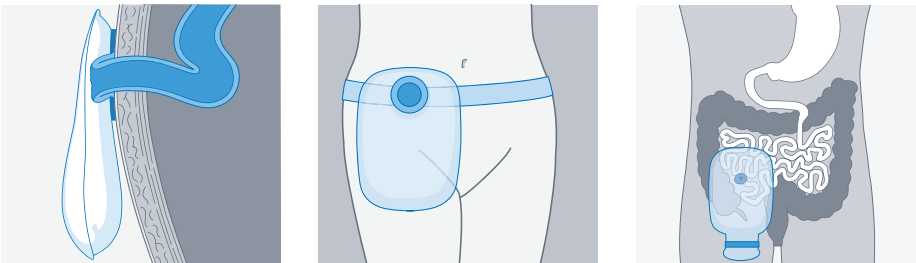


Eine kontinente Ileostomie wird heute meistens dann angelegt, wenn Patientinnen und Patienten bereits eine gewöhnliche Ileostomie haben, aber auch eine Stuhlkontinenz wünschen. Dann wird die eine in die andere Ileostomieform umgewandelt. Eine sehr wichtige Gruppe sind Patientinnen und Patienten, die mit ihrem ileoanalen Pouch nicht mehr zufrieden weiterleben können, weil dessen Funktion verlorengegangen ist. In diesen Fällen wird der bereits vorhandene Pouch in eine Kock'sche Tasche umgewandelt (= Pouch-Konversion). Den Patientinnen und Patienten bleibt dann jeglicher weiterer Darmverlust erspart und sie gewinnen die Kontrolle über die Stuhlentleerung zurück.

Die gewöhnliche Ileostomie

Künstlicher Dünndarmausgang

Eine gewöhnliche (bleibende) Ileostomie kommt heute nur noch infrage, wenn ein modernes Verfahren zur Kontinenzbildung aus den verschiedensten Gründen ausscheidet. Entweder wird dabei nur der Dickdarm entfernt (= Kolektomie) und der Mastdarm am Oberrand blind verschlossen oder es erfolgt zusätzlich auch eine Mastdarmentfernung (= Proktokolektomie) mit oder ohne Afterentfernung. Bei der Ileostomie entleert sich der breiige-dünne Stuhl mehr oder weniger kontinuierlich in ein äußerlich ständig am Bauch zu tragendes Auffangsystem. Dank wichtiger Verbesserungen der Stomaversorgungsartikel durch die Fachindustrie stehen den Betroffenen heute ausgezeichnete Produkte zur Verfügung, bei deren Anwendung ein weitgehend unauffälliges Leben möglich geworden ist. Obwohl der „Beutel“ an sich für viele eine Behinderung darstellt, können sich die meisten Betroffenen mit der Zeit sehr gut damit zurechtfinden. Sollte allerdings der Wunsch bestehen, die Stuhlentleerungen willentlich kontrollieren zu können, so wäre die Umwandlungsmöglichkeit in eine kontinente Ileostomie zu prüfen. Ist der Mastdarm bei der Ileostomieanlage belassen worden, so bedarf er in der Regel der standardisierten Kontrolle. Früher oder später wird er zu entfernen sein, wobei dann erneut die Möglichkeit eines ileoanalen Pouches zu prüfen wäre.



Aufklärung und Beratung

Umfassende Aufklärung und kompetente Beratung sind für die Entscheidung zur Operation und die Wahl des richtigen Operationsverfahrens entscheidend, denn

- bei jeder Patientin und bei jedem Patienten liegen individuelle Krankheitsausprägungen vor.
- nicht jede Patientin und jeder Patient ist von den körperlichen Voraussetzungen für alle Operationsverfahren geeignet.
- die Zielvorstellungen an das operative Ergebnis unterscheiden sich bei verschiedenen Patientinnen und Patienten.

Deshalb ist es wichtig, dass die beratende Ärztin bzw. der beratende Arzt sowohl über die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung im Bilde ist, als auch über große praktische Erfahrung mit allen infrage kommenden Operationsmethoden verfügt.

Über das Vorliegen dieser Voraussetzungen sollte sich jede/r Betroffene an einer dazu qualifizierten Klinik versichern, zum Beispiel am **Amalie Pouch Zentrum Hamburg** (Amalie-pouch-zentrum-hamburg.de).

Hier, im **Evangelischen Amalie Sieveking Krankenhaus** in Hamburg-Volksdorf, sind dafür

- eine Spezialsprechstunde und
 - eine Online-Sprechstunde
- eingerrichtet.

Die Anmeldung kann telefonisch unter **Tel. 040 644 11 – 321** und per E-Mail an mail@amalie-pouch-zentrum-hamburg.de erfolgen.



Prof. Dr. med. (F.E.B.C.)

Christoph Isbert

*Leitung Amalie Pouch Zentrum Hamburg
und Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und
koloproktologische Chirurgie*



Prof. Dr. Karl-Wilhelm Ecker

Leitung Amalie Pouch Zentrum Hamburg

Evangelisches Amalie Sieveking Krankenhaus

Amalie Pouch Zentrum Hamburg

Haselkamp 33

22359 Hamburg Volksdorf

mail@amalie-pouch-zentrum-hamburg.de

amalie-pouch-zentrum-hamburg.de

Chefarztsekretariat

Denise Müller

Tel. 040 644 11 - 321

denise.mueller@immanuelalbertinen.de

Zentrale Terminvergabe / Aufnahmemanagement

Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 15:30 Uhr

Freitag von 8:00 bis 14:30 Uhr

Tel. 040 644 11 - 80 38



IMMANUEL ALBERTINEN DIAKONIE

Evangelisches Amalie Sieveking Krankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
Haselkamp 33
22359 Hamburg

Tel. 040 644 11 - 0

Fax 040 644 11 - 225

info@amalie.de

Amalie Pouch Zentrum Hamburg

mail@amalie-pouch-zentrum-hamburg.de

amalie-pouch-zentrum-hamburg.de

amalie.de

immanuelalbertinen.de

Träger

Evangelisches Amalie Sieveking-Krankenhaus gemeinnützige GmbH
Eine Gesellschaft der Immanuel Albertinen Diakonie.