



STOMAVERLAGERUNG

Für Stomaträger kann die Stomaverlagerung eine sinnvolle chirurgische Maßnahme sein, um die Versorgungssituation und damit auch die Lebensqualität zu verbessern. Bei mir war vor 33 Jahren, nach der Geburt meiner Tochter, eine solche Operation notwendig.

Wir danken Frau OÄ Dr. Ingrid Haunold, dass sie mit ihrem Fachbeitrag gerne unserem Wunsch nachgekommen ist, den Lesern des ILCO-Magazins diesen chirurgischen Eingriff zu erläutern.

S.D.

Dr. Ingrid Haunold

1. OÄ Chir. Abteilung Barmherzige Schwestern KH Wien

Leiterin des Beckenbodenzentrums BHS

Design. Leiterin des Darmkrebszentrums BHS

Wahlarztordination in Perchtoldsdorf

Die operative Verlagerung eines Stomas an eine andere Stelle der Bauchdecke nennt man in der Chirurgie Stomatransposition. Derartige Eingriffe werden gar nicht so häufig durchgeführt, wenn man bedenkt, dass doch mehr als die Hälfte aller Stomata zu Komplikationen neigen.

Dementsprechend sollten diese Eingriffe Zentren mit entsprechender Expertise, hoher Frequenz und Erfahrung mit Stomaträgern vorbehalten sein. Wann sollte man an eine operative Korrektur denken? Die Antwort ist einfach: wenn die Versorgung für den Patienten mühsam oder unmöglich wird, das Säckchen oft übertra-

schend oder nachts undicht wird oder einfach die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigt ist. Ursächlich dafür sind Veränderungen im Stomabereich. Wurde die Durchtrittsstelle des Darms durch die Bauchdeckenmuskulatur zu groß gemacht oder vergrößert sie sich in den Jahren danach, dann kommt es zu einer Bruchbildung, man spricht von Parastomalhernie. Sie wird in bis zu 50% aller Fälle gefunden. Neben dem Hervortreten von Darmschlingen in die Bauchdecke kann es auch zu einem kompletten Vorfall des Darmes kommen - man spricht dann von Prolaps. Auch das Gegenteil kann zu Schwierigkeiten führen, nämlich Zug von innen am Gewebe, was eine Einziehung (Retraktion) oder Verengung des Stomas bewirkt.

Welche Faktoren begünstigen die Entwicklung derartiger Stomakomplikationen?

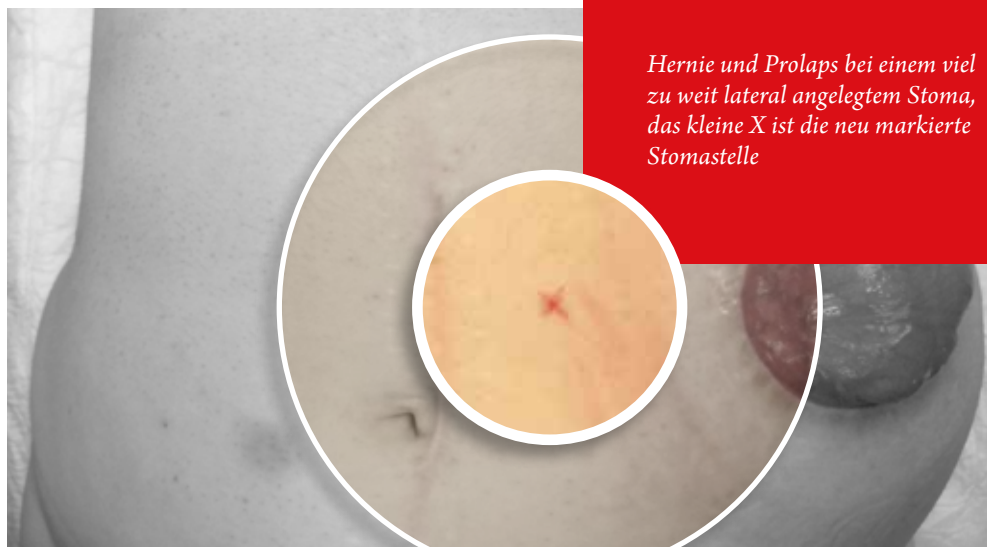
- **Es wurde von vornherein eine falsche, meist zu laterale Stelle gewählt**
- **Gewichtsschwankungen und somit Veränderungen der Bauchdecke**
- **Körperliche Belastung und intra-abdominelle Druckerhöhung**
- **Entzündliche Veränderungen und Fistelbildungen peristomal z. B. bei Morbus Crohn**

Wird die Versorgung des Stomas für den Patienten immer schwieriger, ist also der Alltag belastet und sind auch alle Register der betreuenden Stomapflegekraft gezogen, dann sollte ein spezialisierter Chirurg aufgesucht werden und eine Operation erwogen werden.

Die wichtigsten Fragen dabei sind: Warum hat der Patient den künstlichen Ausgang? Braucht er ihn auch weiterhin oder kann man das Stoma vielleicht verschließen? Dies klingt vielleicht banal, aber immer wieder werden Menschen vorstellig, die im Rahmen einer Akut-Operation einen Darmausgang angelegt bekommen haben, dann aber die Rück-OP als zu belastend

Dr. Ingrid Haunold

eingestuft wurde oder, noch schlimmer, eventuell dem Patienten diese gar nicht angeboten wurde! Das Alter darf hier nicht die ausschlaggebende Rolle spielen! Eine gute Kooperation mit der Anästhesie zur individuellen Risikoeinschätzung ist hier sehr wertvoll. Verschluss und somit Behebung der Probleme beim Stoma wäre für den Patienten natürlich die beste Variante. Leider ist das häufig nicht möglich, es gibt viele Gründe, warum ein Stoma auf Dauer also



Hernie und Prolaps bei einem viel zu weit lateral angelegtem Stoma, das kleine X ist die neu markierte Stomastelle

Fotos: Dr. Ingrid Haunold

permanent angelegt wird. Dann bleibt nur die chirurgische Korrektur. Das wichtigste in der Planung eines derartigen Eingriffs ist die gute und vor allem individuelle Planung.

Es gibt kein standardisiertes Vorgehen, weil eben jeder Patient einzigartig ist und jede Bauchdecke anders aussieht. Erfahrung und Eingehen auf persönliche Bedürfnisse des Patienten zeichnen in solchen Situationen den betreuenden Chirurgen aus. Arzt, Patient und im Optimalfall auch Stomapflegefachkraft sollten gemeinsam die lokalen Gegebenheiten wie Narben an der Bauchdecke, Ausprägung der Muskulatur, Statur und Einsehbarkeit der Stomastelle durch den Patienten erheben, um eine optimale neue Position zu finden. Diese sollte präoperativ zwingend markiert werden, eine Forderung, die übrigens für jede Stomaanlage, egal ob geplant oder akut, gilt (siehe Abb.).

Häufig sind der Stomatransposition schon andere Operationen vorausgegangen, sodass die Operation in offener Technik, nur selten minimal invasiv geplant werden kann. Da natürlich jeder Eingriff die Bauchdecke weiter schwächt und die Entstehung von Narbenbücheln begünstigt, kann in speziellen Fällen versucht werden, den Darm zur neuen Stelle von innen durchzuziehen und dies ohne die Bauchhöhle groß zu eröffnen.

Studien der letzten Jahre haben gezeigt, dass die Rate an Stomahernien durch die Einlage eines Kunststoffnetzes an der Bauchdecken-Innen-seite zur Unterstützung und Stabilität deutlich reduziert werden kann. Diese Tatsache gilt natürlich auch für Korrektur-Eingriffe, also auch bei der Stomatransposition ist die Verwendung eines Netzes erforderlich.

Eine spezielle Situation liegt vor, wenn der oder die Stomaträgerin als Grunderkrankung eine CED, zum Beispiel einen Morbus Crohn hat. Hier ist die interprofessionelle Zusammenarbeit mit den Gastroenterologen wichtig. Präoperativ muss nicht nur eine komplette Durchuntersuchung vom gesamten Verdauungsstrakt erfolgen, sondern auch die medika-

mentöse Therapie optimiert werden. Medikamente, die die Wundheilung beeinträchtigen (z. B. Cortison), sollten wenn möglich ausgeschlichen werden. Es müssen also optimale Bedingungen für den Erfolg des neuerlichen Eingriffs geschaffen werden.

Eine besondere Herausforderung kann eine Stomaverlagerung bei adipösen, also stark übergewichtigen Patienten bedeuten. Viele Stellen der Bauchdecke sind für den Patienten unter Falten nicht einsehbar und die Stärke des Unterhautfettgewebes ist für den herausgeleiteten Darm mitsamt seinen versorgenden Blutgefäßen manchmal nicht so leicht überbrückbar. Für diese speziellen Fälle kann der Eingriff am Stoma mit einer Bauchdeckenstraffung kombiniert werden, wodurch in den meisten Fällen sowohl kosmetisch als auch funktionell gute Ergebnisse resultieren.

Zusammenfassend lässt sich folgendes festhalten:

- **Bei zunehmend schlechter Versorgbarkeit eines Stomas und beeinträchtigter Lebensqualität des Betroffenen sollte der Patient an einem Zentrum vorstellig werden.**
- **Eine Stomatransposition kann ein anspruchsvoller Eingriff sein und erfordert eine optimale, individuelle Planung.**
- **Die Verwendung spezieller Kunststoffnetze ist heutzutage bei der Anlage eines endständigen Stomas obligat und reduziert deutlich die Häufigkeit von Stomahernien.**

Dr. Ingrid Haunold

1. OÄ Chir. Abteilung Barmherzige Schwestern KH Wien

Leiterin des Beckenbodenzentrums BHS

Design, Leiterin des Darmkrebszentrums BHS

Wahlarztordination in Perchtoldsdorf