

Rektumprolaps (Enddarm-Vorfall)

Dr. Abidin Geles

Copyright - All Rights Reserved: This document and all other data on the homepage are not to publish or reproduce without the permission of the author Dr. Abidin Geles.

www.medwissen.ch; abidin.geles@gmail.com

Rektumprolaps (Enddarm-Vorfall)

Definition

Das Rektumprolaps ist ein Vorfall des Enddarms mit sämtlichen rektalen Wandschichten durch den Anus. Es kann spontan oder durch Stuhlentleerung ausgelöst werden. Häufig gleitet er wieder von alleine wieder zurück oder muss mit der Hand wieder reponiert werden. Betrifft eher Frauen, vor allem bei Patienten zwischen 20 und 30. Lebensjahr oder nach dem 50. Lebensjahr.

15% der Betroffenen leiden auch an einem Vorfall der Blase (Zystocelle) oder der Gebärmutter (Uterusprolaps).

Ätiologie

Häufig unklar, wahrscheinlich durch eine Fixationsschwäche des Enddarms im Beckenbereich (Beckenbodenschwäche), auch eine chronische Verstopfung oder rein chronischer Durchfall ausgelöst. Öfters ist es begleitet mit einer Schliessmuskelschwäche und einem langen Enddarm.

Symptome

Darmvorfall mit Stuhlinkontinenz, persistierendem Stuhldrang und erschwelter Analhygiene (Nässen, Blutverlust, Schleimabgang). Chronische Verstopfung.

Diagnose

Klinisch, Patient wird aufgefordert zu pressen, um den Ausmass des Vorfalls zu erkennen. Dabei zeigt das Rektumprolaps **Schleimhaut mit zirkulärer Fältelung**.

Um weitere **Begleiterkrankungen zu verifizieren** wird eine **Kolonoskopie** oder Sigmoidoskopie durchgeführt.

Einteilung

Grad I: **Unsichtbare**, innere Einstülpung (**Intussuszeption**)

Grad II: **Sichtbarer** Prolaps mit **spontaner Reposition**

Grad III: **Sichtbarer** Prolaps, **manuelle Reposition erforderlich**

Grad IV: **Reposition nicht möglich**

Differentialdiagnosen

Analprolaps, der beim Pressversuch eine **radiäre Fältelung** zeigt.

Therapie

Je nach Schweregrad unterschiedlich, **ballastreiche Ernährung** empfohlen.

Repositionierung durch:

- Rektumaplikation mit Zucker
- Kopftieflagerung
- Großzügige Sedierung

Kleine Rektumprolaps kann mit Gummibandligaturen behandelt werden.

Ausgeprägte Formen können chirurgisch mittels Fixation des Mastdarms am Sakrum, Resektion der Übernähung (Plikatur) des überschüssigen Darm behandelt. Die Operation wird entweder minimal invasive sowie transabdominal oder local (perineal, transanal) durchgeführt. Wenn der betroffene Teil des Rektums bereits inkarzeriert, muss dieser Anteil reseziert werden.

Abdominelle Rektopexie (offen oder laparoskopisch): Mastdarm wird ans Sakrum mit oder ohne Fremdmaterial (Netz) fixiert.

Transanale Rektumresektion (Altenmeier): Transanal wird das Rektum und redundantes Sigma reseziert. Die Anastomose wird in Höhe des Übergangs zwischen Haut und Mastdarm (Linea Dentata) durchgeführt.

Rektumresektion von perineal (Rehn Delorme): Bei Patienten, die eine Vollnarkose nicht vertragen, wird eine Trennung der inneren Schicht des Mastdarm im Bereich des inneren Schliessmuskels durchgeführt.

Ad Grad1: Normal keine chirurgische Therapie nötig, Darmeinstülpung kann mit einem Klammergerät entfernt werden (STARR-Operation). Dies kann auch bei kleinen Prolaps (3-4cm) durchgeführt werden mit 2-3 Tagen Spitalaufenthalt.

Longo

Standardoperationen für höhergradigen Vorfälle: Operation nach Rehn-Delorme sowie nach Atlemeier. Weiters kann man eine Rektopexie mit oder ohne Darmanteilresektion.

Bei Fragen / Feedback bitte E-Mail an abidin.geles@gmail.com

DANKE