

# Enddarm- und Schließmuskelstörungen

– nur Spezialisten beherrschen Diagnostik und Therapie

„Funktionsstörungen und Erkrankungen des Enddarmes und des Schließmuskels haben einen sehr großen Einfluss auf unser Wohlbefinden und die Lebensqualität“, erklärt Prof. Dr. dr. Hendrik Schimmpelning, Chefarzt der Klinik für Chirurgie und Unfallchirurgie (Foto re.), und erläutert: „Nur das perfekte Zusammenspiel zwischen Darm und Schließmuskel macht uns zu sozialen Wesen. Störungen können den gesamten Tagesablauf verändern, wenn nicht sogar beherrschen – und damit unser Leben nachteilig verändern. Vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen auf dem Gebiet der Darm- und Enddarmkrankungen hat die Schön Klinik Neustadt sich noch weiter spezialisiert. Bei steigendem Bedarf



nach hervorragender Diagnostik und Therapie von Enddarmkrankungen wurde – um eine optimale Verbindung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu gewährleisten – das medizinische Versorgungszentrum, die Darm- und

Beckenbodenzentrum Nord GmbH, gegründet.“

In dieser Praxis in Bad Schwartau, Eutiner Ring 8A, versorgen die Fachärzte für Chirurgie und Koloproktologie, Dr. Mathias Okroi und Dr. Christina von Erffa gemeinsam mit Dr. Christian Kuhlitz die Patienten ambulant, an der Schön Klinik Neustadt erfolgen sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen. Gleichzeitig wird mit Hausärzten und Kollegen vieler weiterer medizinischer Fachrichtungen eng zusammengearbeitet. Die nachfolgenden Beiträge informieren darüber, wie bei häufigen und die Lebensqualität stark einschränkenden Erkrankungen des Schließmuskelapparates geholfen werden kann.

## Dem Hämorrhoidenleiden ein Ende setzen

– ein neues Nahtverfahren ersetzt das Skalpell

Wer unter vergrößerten Hämorrhoiden leidet, weiß um die Unannehmlichkeiten, die „ihn“ oder „sie“ im Alltag begleiten. Nässen, Juckreiz und Brennen an der Afterhaut können ebenso quälen wie die Verschmutzung der Unterwäsche oder ein ständiges Stuhldranggefühl. Die Betroffenen zeichnen sich oft durch eine hohe Leidensfähigkeit aus und behelfen sich nicht selten über Jahre mit Cremes und Zäpfchen, bevor sie einen Arzt aufsuchen. Meistens nimmt die Auseinandersetzung mit den alltäglichen Beschwerden dann schon einen großen Raum im Leben der Patienten ein oder wiederholte Blutungen führen die verunsicherten Betroffenen schließlich in eine proktologische Praxis. Die Hämorrhoidenpolster befinden sich dann

oft in einem fortgeschrittenen Stadium und bedürfen einer operativen Behandlung.

Dr. Mathias Okroi aus der koloproktologischen Praxis des Darm- und Beckenbodenzentrums Nord (Foto re.) informiert, wie Sie diesem Leiden mit einer HAL-RAR, einem sanften und gewebeschonenden Nahtverfahren, ein Ende setzen können. Rein rational betrachtet, besteht kein Grund zur Scham und zur Tabuisierung. Etwa vier von fünf Menschen in Deutschland haben vergrößerte Hämorrhoiden und etwa die Hälfte von ihnen leidet darunter – Sie kennen also viele Betroffene! Die Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten haben sich in den vergangenen Jahren patientenfreundlich weiterentwickelt,



so dass die Angst vor einer Behandlung in den meisten Fällen unbegründet sein dürfte und oft auf die schlechten Erfahrungen aus dem Bekanntenkreis zurückzuführen ist, die teils Jahrzehnte zurückliegen.

Fortsetzung nächste Seite

Sonderdruck  
Auszug aus der  
Patientenzeitung der  
Schön Klinik Neustadt -  
Ausgabe III-2013

Auch auf das „Angler-Latein“ Ihres Freundeskreises und auf das (Un-)Wissen aus dem Internet („Doctor Google“) können Sie gut und gerne verzichten!

**Schonende Behandlungsmethode**

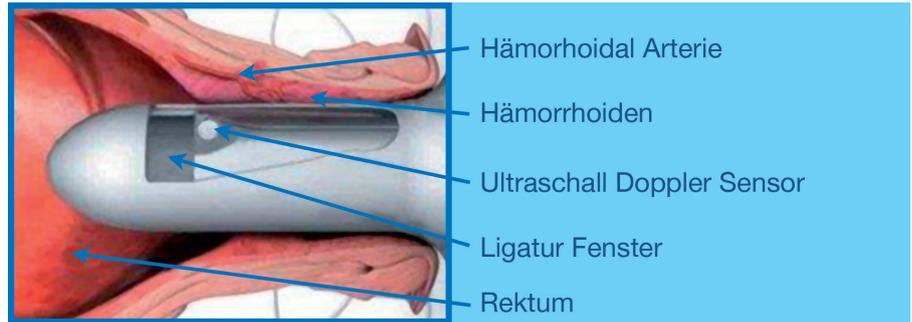
Die so genannte HAL-RAR zählt zu der neuesten und schonendsten verfügbaren Behandlungsmethoden. Diese etablierte Methode (Hämorrhoidenarterienligatur und rektale Rekonstruktion) vereint zwei Maßnahmen für eine effektive Hämorrhoidenbehandlung:

- Mit einer speziellen Mini-Ultraschallsonde werden die Arterien im Enddarm aufgesucht, die die Hämorrhoiden mit Blut versorgen. Sobald sie identifiziert sind, werden sie mit einem speziellen Nahtinstrumentarium abgebunden. Der Blutzufluss zu den Hämorrhoiden ist damit gedrosselt. Kleine Seitenäste der Blutgefäße halten auch weiterhin die Versorgung der für die Kontinenz wichtigen Hämorrhoidalpolster aufrecht.

- In einem zweiten Schritt wird von der Arteriennaht aus eine oberflächliche, fortlaufende Naht entlang der Hämorrhoiden geführt bis etwa sieben bis zehn Millimeter oberhalb der sensiblen Haut des Afterkanals. Zum Schluss wird die so aufgefädelt Hämorrhoiden in den Enddarm hochgeschoben und dabei gerafft. Sie kommt etwa dort zu liegen, wo die Natur sie ursprünglich angelegt hat. Dies hat in der Folge zwei positive Effekte: Zum einen wird der Blutabfluss aus der Hämorrhoiden langfristig optimiert und zum anderen schrumpft und vernarbt das überflüssige Gewebe des ehemals vergrößerten Hämorrhoidenpolsters auf ein normales Maß zurück.

**Es bleiben keine Wunden zurück**

Es handelt sich also bei der HAL-RAR um keine „echte“ Operation, sondern lediglich um ein komplexes Nahtverfahren, das ausschließlich im



schmerzunempfindlichen Enddarm erfolgt. Die Narkose oder Rückenmarksbetäubung ist nur für das Einführen des OP-Instrumentariums beziehungsweise für das Umsetzen des Gerätes erforderlich, weil es hierbei über die hochsensible Afterkanalhaut reibt, was extrem unangenehm wäre.

**Die Vorteile einer HAL-RAR**

Daraus ergeben sich auch die Vorteile gegenüber den konventionellen Verfahren: Die HAL-RAR ist wesentlich schmerzärmer, es verbleibt keine Wunde, die zeitaufwendig gepflegt werden muss, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist wesentlich kürzer. Vor allem aber bleibt das Hämorrhoidalgewebe intakt, was für die Kontinenzhaltung wichtig ist. Schwerwiegende Komplikationen oder gar Todesfälle sind bisher weltweit nicht beschrieben worden. Auch auf lange Sicht können die Ergebnisse sich sehen lassen: Nach drei Jahren sind noch 90,6 Prozent der behandelten Patienten beschwerdefrei. Selbst wenn es zu erneuten Beschwerden nach Jahren kommen sollte, stehen dem Patienten alle Optionen offen: Die HAL-RAR kann wiederholt oder das Verfahren gewechselt werden. Dies ist gerade für jüngere Patienten von Vorteil.

**Womit nach einem Eingriff kurzzeitig zu rechnen ist**

Wenn auch die HAL-RAR in erfahrener Hand und im Rahmen eines stadiengerechten Behandlungsal-

gorithmus' ein etabliertes Verfahren darstellt, so ist sie doch keine Wunderwaffe. Nicht alle Hämorrhoidenvergrößerungen sind mit diesem Verfahren vernünftig zu beseitigen, und für Männer mit einem engen Becken und langen Afterkanal ist die HAL-RAR aus technischen Gründen ungeeignet. Nach einem Eingriff muss der Patient in der ersten Woche mit einem vermehrten Stuhldrang rechnen. Damit einhergehend kann es auch zu häufigeren Stuhlentleerungen in den ersten 14 Tagen kommen (4 bis 5 Stuhlgänge/Tag). Dies erklärt sich aus der natürlichen Schwellneigung des Gewebes nach einem solchem Eingriff. In der Regel werden die Patienten für etwa eine Woche krankgeschrieben und sollten sich allgemein für etwa sechs Wochen schonen, also nicht schwer heben oder schwere körperliche Arbeit verrichten. Die postoperativen Schmerzen sind im Verhältnis zu anderen Hämorrhoidaleingriffen gering und lassen sich mit einfachen Schmerzmitteln in den ersten fünf bis sieben Tagen gut beherrschen.

**Fazit**

Nach den bisherigen Erfahrungen stellt die HAL-RAR eine sinnvolle, effektive und vor allem sanfte Behandlungsmethode dar, die sich in das bestehende Behandlungsspektrum gut einfügt. Wichtig ist, dass Betroffene einen Spezialisten aufsuchen, der eine routinierte Erfahrung mit allen gängigen Behandlungsmethoden hat, um eine auf den Patienten und auf das Hämorrhoidenstadium individuell abgestimmte Behandlung zu gewährleisten.



Schonende Hämorrhoidenbehandlung.

# Endosonographie

## – Ultraschalluntersuchung des Mastdarms „von innen“

Es informiert Dr. v. Erffa (Foto re.). Die langjährig in der Koloproktologie in Bad Schwartau tätige Chirurgin ist eine versierte Untersucherin und verfügt über einen breiten endosonographischen Erfahrungsschatz. Sie ist Mitglied einer anerkannten Referenten- und Tutorengruppe, die unter anderem bundesweite Endosonographiekurse anbietet.

Bei der „anorektalen Endosonographie“ handelt es sich um eine Ultraschalluntersuchung, die nicht über die Haut, sondern mit einer speziellen Sonde quasi „von innen“, also im Körperinneren, durchgeführt wird. Diese schmerzfreie Untersuchungstechnik im Bereich von End- und Mastdarm ermöglicht sowohl durch ihr feines Auflösungsvermögen präzise Aussagen zu den Organen des kleinen Beckens – beim Mann zur Prostata und den Samenblasen, bei der Frau zum Uterus, den Eierstöcken und zur Scheide – als auch über die Schichten der Darmwand und die Anteile des Schließmuskelapparates.

### Ultraschallgerät mit dünnster Sonde

Die koloproktologische Praxis Bad Schwartau arbeitet mit einem Ultraschallgerät, das über eine vollelektronische Sonde mit einem Radius



Ultraschallgerät.



von 360 Grad verfügt, der dünnsten ihrer Art mit einem Durchmesser von acht Millimetern. Damit lassen sich je nach Einstellungen des Gerätes und Eindringtiefe der Ultraschallwellen die körperinneren Strukturen im Umkreis von bis zu fünf Zentimeter darstellen. Des Weiteren besitzt das Ultraschallgerät einen Dopplermodus, der Blutgefäße teils farbcodiert darstellt, teils akustisch die Fließgeschwindigkeit untersucht. Entsprechende Software bietet dazu Abbildungen der unterschiedlichen viskoelastischen Eigenschaften von Gewebe.

### Anorektale Endosonographie

In Rückenlage auf einem speziellen Untersuchungsstuhl wird je nach Fragestellung vor der geplanten Untersuchung dem Patienten ein kleiner Einlauf verabreicht. Folgende unterschiedliche Krankheitsbilder des End- und Mastdarmes benötigen eine solche Untersuchung, die „anorektale Endosonographie“ genannt wird:

- Gutartige Tumore (Polypen)
- Bösartige Tumore
- Entzündungen, Fisteln mit Abszess
- Inkontinenz
- Veränderungen des kleinen Beckens

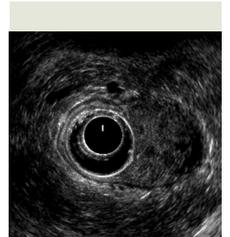
### Gutartige Tumore

Findet sich im Rahmen einer Dickdarmspiegelung ein großer Polyp im Mastdarm, der eine Operation unzugänglich macht, so kann der er-

fahrene Untersucher seine genaue Lokalisation festlegen und unter Umständen weitere Veränderungen der Darmwand sichtbar machen.

### Bösartige Tumore

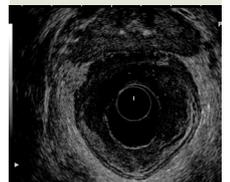
Ist im Rahmen einer Dickdarmspiegelung ein bösartiger Tumor diagnostiziert und auch durch Probeentnahmen gesichert worden, so muss vor einer zu planenden Vorbehandlung oder Operation eine genaue Einordnung des Tumors (Staging) erfolgen. Dies kann nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften mit einer Ultraschalluntersuchung geschehen. Eine Endosonographie beantwortet die Frage nach der Eindringtiefe des Tumors in die Darmwand und nach veränderten Lymphknoten in der Umgebung und lässt erkennen, inwieweit eine Beeinträchtigung des Schließmuskelapparates in der Folge einer Operation auftreten kann. Sollte im Rahmen einer Probeentnahme im Afterkanal eine bösartige Veränderung entdeckt worden sein, kann das Ausmaß des Tumors und der eventuelle Befall des Schließmuskels bestimmt werden.



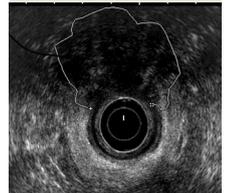
Gutartiger Tumor am Mastdarm.



Mastdarmkrebs.



Mastdarmkrebs an der Prostata.



Enddarmkrebs.



Fistel mit Kontrastierung (hell).



Veränderung des kleinen Beckens bei Eierstockkrebs.

Fortsetzung nächste Seite

Nach einer stattgefundenen Behandlung mit Strahlen- oder Chemotherapie erfolgen Nachsorgeuntersuchungen mittels Ultraschall. Hier scheint die Ultraschallelastographie bei den Tumoren des Afters, den so genannten „Analkarzinomen“, einen – wenn auch noch nicht wissenschaftlich erwiesenen – Nutzen zu haben.

#### Fisteln/Abszesse

Entzündungen im Bereich des Afterkanals können zu Verbindungen vom Afterkanal zur Haut führen und stellen so bereits eine Verletzung des Schließmuskels dar. Wie viele Anteile des Schließmuskelapparates verletzt sind, wo diese Fisteln den Schließmuskel durchdringen und wie groß das Risiko einer postoperativen Kontinenzstörung ist, ist infolge der Endosonographie abzuschätzen. Dafür wird eine bestehende Öffnung in der Gegend des Afters mit luftblasenhaltigem Sekret, zum Beispiel mit Mineralwasser, kontrastiert. In der Ultraschalluntersuchung kann man dadurch gangartige Strukturen oder auch Ansammlungen von Flüssigkeit sichtbar machen.



Proktologie-Spezialisten (v.lks.) Dr. Mathias Okroi, Michael Konrad, Prof. Dr. dr. Hendrik Schimmelpenning, Dr. Christian Kuhlitz und Dr. Christina von Erffa.

#### Inkontinenz

Im Rahmen der Inkontinenzdiagnostik lassen sich mit dem Endosonographiegerät Defekte im Schließmuskelapparat darstellen. Hierbei kann es sich um frische Verletzungen nach stattgefundenen operativen Eingriffen oder beispielsweise auch um Narben zufolge einer geburtstraumatischen Verletzung handeln.

#### Veränderungen des kleinen Beckens

Als Zielauftrag der Urologie oder Gynäkologie kann der Untersucher mit der Endosonographie Veränderungen des kleinen Beckens in Bezug zum Darm oder Schließmuskel beurteilen.

# Schließmuskelschrittmacher

– wenn der Po nicht mehr funktioniert

Seit fünf Jahren bietet die Klinik für Chirurgie und Unfallchirurgie an der Schön Klinik Neustadt die Sakrale Nervenstimulation bei Stuhlinkontinenz als Behandlungsmöglichkeit an. Seit dieser Zeit werden Patienten mit einem Schrittmacher zur Verbesserung der Kontinenzleistung des Anus erfolgreich versorgt. Über diese Behandlungsmethode informiert der Oberarzt der Klinik für Chirurgie und Unfallchirurgie, Michael Konrad (Foto re.).

Insbesondere ältere Menschen leiden unter dem Unvermögen Stuhl halten oder den Stuhlabgang kontrollieren zu können. Diese Problematik betrifft hauptsächlich Frauen, begründet durch die Anatomie und das Trauma beim Gebären eines Kindes. Seltener ist der Grund für eine eingeschränkte Stuhlinkontinenz die Schädigung des Schließ-

muskelapparates durch Fisteln, Bestrahlung und der weitgehende Verlust des Enddarms nach einer Krebserkrankung.



#### Ursache herausfinden

Stellt sich eine Patientin mit dem Problem der Stuhlhaltefunktion in der Beckenbodensprechstunde in der Schön Klinik Neustadt oder im medizinischen Versorgungszentrum in Bad Schwartau vor, beginnt zunächst die genaue Befragung und eine gründliche klinische Untersuchung verbunden mit einer spezialisierten Diagnostik, die eine transanale Endosonographie einschließt. Nach der Ursachenerkennung erfolgt eine Behandlungsempfehlung je nach Schweregrad der Stuhlinkontinenz, die sich in drei Stadien aufteilt:

- Stadium 1 bedeutet die Inkontinenz für Winde
- Stadium 2 meint die Inkontinenz für breiigen Stuhl
- Stadium 3 bedeutet die Inkontinenz für festen Stuhl.

### Operativer Eingriff hilft

In dieser Situation bietet sich die Sakrale Nervenstimulation an, da sie im Vergleich zu anderen operativen Verfahren einige Vorteile hat. Sie ist mit relativ wenig operativem Aufwand ohne großes Operations-trauma durchführbar, sie hat eine hohe Erfolgsrate und das einmal erreichte Ergebnis wird langfristig gehalten. Vor der Operation hat die Patientin über einen kurzen Zeitraum ein standardisiertes Stuhltagebuch zu führen, das mit dem betreuenden Chirurgen besprochen wird. Befinden sich die dokumentierten Beschwerden in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der Diagnostik, ist eine sakrale Probestimulation angesagt. Dazu wird unter Narkose mit einer schmalen Sonde die rechte und/oder die linke Nervenwurzel in Höhe des Kreuzbeins (S3/S4) angesteuert und elektrisch stimuliert.

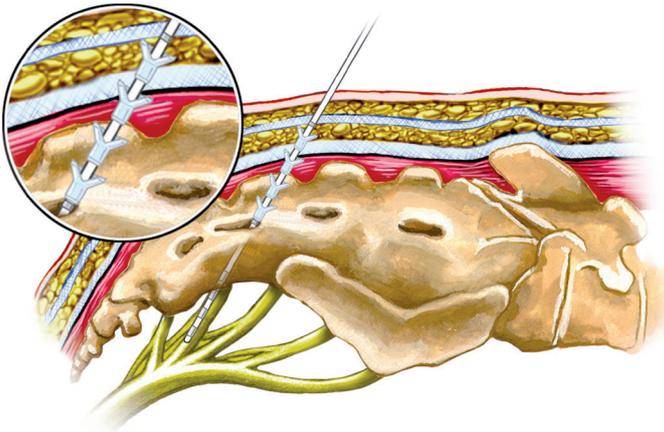


Ein kleiner, schonender operativer Eingriff hilft, um den Stuhlgang wieder unter Kontrolle zu haben.

dies durch das Weiterführen des Stuhltagebuchs. Die Probestimulation mit einem externen Schrittmacher dauert etwa sieben bis zehn Tage, auch zu Hause. Danach wird der externe Schrittmacher entfernt und das Kabel gekürzt, so dass es nicht mehr aus der Haut herauschaut. In den folgenden etwa vier Wochen wird nicht stimuliert, es besteht also eine Stimulationspause. Auch jetzt wird das Stuhltagebuch geführt. In der Regel kommt es nun wieder zu einer Verschlechterung der Stuhlkontinenz.

Ist durch diesen Ablauf die Effektivität der sakralen Nervenstimulation

nachgewiesen, kann der interne, etwa 2-Euro-Münze große Schrittmacher unter die Haut eingesetzt werden. Dazu ist eine erneute kurze Operation in Narkose nötig. Dabei werden die Kabel von der Sonde zur Hautaustrittsstelle aus hygienischen Gründen entfernt und der interne Schrittmacher wird mit der verbleibenden Stimulationssonde verbunden. Der nun dauerhaft eingesetzte Schrittmacher arbeitet mit einem schwachen elektrischen Impuls, so dass die Patientin sowohl die Aktivierung der Nervenwurzel als auch die Stimulation des Schließmuskels nicht bemerkt. Der unter der Haut liegende Schrittmacher ist mit magnetischen Impulsen ansteuerbar, somit kann die Impulsstärke verändert und der Schrittmacher auch auf diesem Wege ausgeschaltet werden.



Sondierung der Nervenwurzel mit spezieller Sonde.

Bei einer erfolgreichen Stimulation zieht sich der anale Schließmuskel bereits bei einem schwachen elektrischen Impuls zusammen. In diesem Fall wird die Sonde unter der Haut „getunnelt“, so dass sie am hinteren oberen Beckenkamm die Haut verlässt. Hier nun wird die Sonde zunächst mit einem externen Schrittmacher verbunden, der dauerhaft mit einem schwachen elektrischen Impuls die Nervenwurzel und damit den Schließmuskel stimuliert. Die Patientin merkt davon nichts. Bei etwa 80 Prozent der so stimulierten Patienten tritt eine wesentliche Verbesserung der Kontinenzleistung ein. Dokumentiert wird



Implantierter Schließmuskelschrittmacher.

### Fazit

Der innere Schrittmacher wird nach erfolgreicher Probestimulation eingebaut. Diese bewährte Operationsmethode ist schonend und kann auch bei älteren Patienten, die wegen der Stuhlinkontinenz einen hohen Leidensdruck haben, mit gutem Erfolg durchgeführt werden.