

## Der Stomaprolaps – Eine häufige, lästige, jedoch mittels einfacher Stapler-Resektionstechnik rasch zu behebende Komplikation

### FERNANDO HOLZINGER

Facharzt FMH Chirurgie  
 Korrespondenzadresse:  
 Spez. Allgemein- und Unfallchirurgie  
 Spez. Viszeralchirurgie  
 Hirslanden-Klinik St. Anna  
 St. Anna-Strasse 32  
 CH-6006 Luzern  
 Telefon: +41 41 208 32 42  
 Telefax: +41 41 208 32 41  
 E-Mail: f.holzinger@hin.ch  
 www: www.holzidoc.ch

### 1. Einführung

Die Anlage eines künstlichen Darmausganges bedeutet für den jeweiligen Patienten und seine Angehörigen in der Regel eine besondere Belastung mit erheblichem Einfluss auf die Rehabilitation und postoperative Lebensqualität. Mit den ca. 15'000 Stomaträgern in Deutschland ist die Schaffung einer Enterostomie eine relativ häufig notwendig werdende chirurgische Massnahme, welche zudem häufig in einer Notfallsituation oder am Ende eines länger dauernden komplexen

Eingriffes vorgenommen werden muss. Trotz sorgfältiger Stomaanlage sieht sich der Chirurg immer wieder mit einer hohen Komplikationsrate der Enterostomien konfrontiert, welche je nach Literaturangaben zwischen 25 und 73% variiert [1,4,5]. Dabei ist zwischen den in der ersten Woche postoperativ auftretenden Frühkomplikationen und den erst im späteren Verlauf auftretenden Komplikationen zu unterscheiden (Tabelle 1). Der Stomaprolaps gehört in der Regel zu den im späteren Verlauf auftretenden Komplikationen wobei die Inzidenzrate für doppel-läufige Transversostomas mit 7-25%, für endständige Kolostomien mit bis zu 12% und für endständige Ileostomien mit 0-11% angegeben wird [6]. Obwohl ein Stomaprolaps keine lebensbedrohende Komplikation darstellt und bis zu einem gewissen Grad mit konservativen Massnahmen behandelt werden kann, ergeben sich je nach Länge des Prolapses sowie aufgrund der Entwicklung lokaler Komplikationen wie Drucknekrosen, Hautirritationen oder Inkarzerationen und einer zunehmenden Problematik bei der Stomaversorgung durchaus Indikationen für eine operative Behandlung eines Stomaprolapses. Diese sollte möglichst einfach, komplikationsarm und ambulant durchführbar sein. Im Folgenden soll anhand zweier Fälle mit Stomaprolaps bei doppel-läufigem Ileostoma und doppel-läufigem Transversostoma eine einfache, ambulant oder im „bed-side“ Verfahren ohne Narkose durchzuführende Stapler-Resektionstechnik vorgestellt werden.

### 2. Fallvorstellung 1: Ileostomaprolaps

Bei einem 92-jährigen, für sein Alter rüstigen Patienten wird aufgrund von Blutabgang per ano mittels Kolonoskopie ein proximales Rektumkarzinom diagnostiziert. Wegen einer autoimmun-hämolytischen Anämie steht der Patient unter einer Dauermedikation mit Spiricort®. Nach präoperativem Staging und Risikoabklärung Durchführung einer laparoskopischen LAR mit

Tabelle 1:

Frühkomplikationen	Spätkomplikationen
Hämatom	Stenose
Blutung	Retraktion
Schleimhautödem	Prolaps
Nekrosen	Peristomale Hernie
Dehizensz	Hautirritationen
Retraktion	
Abszess	
Hautirritationen	

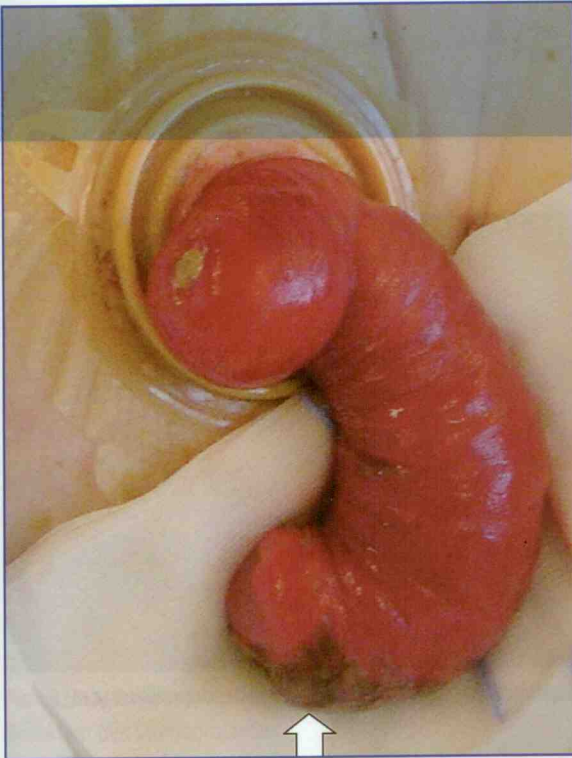


Abb. 1 Ileostomaprolaps und -ödem 9 Tage postoperativ. Entwicklung von Schleimhautdrucknekrosen (->) am Apex der prolabierenden Schlinge



Abb. 2 Gastrographin-Einlauf via prolabierenden, abführenden Schenkel mit Nachweis von KM im Colon ascendens

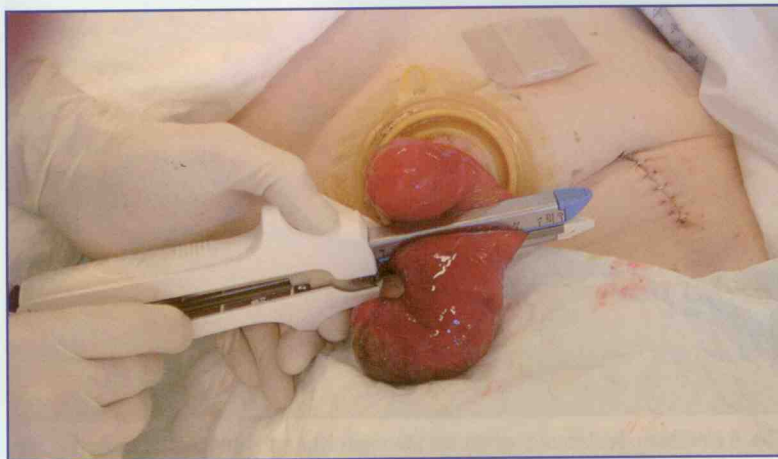


Abb. 3 „Bed-side“ Stomaprolapsresektion mittels querem Abfeuern eines linearen Staplers

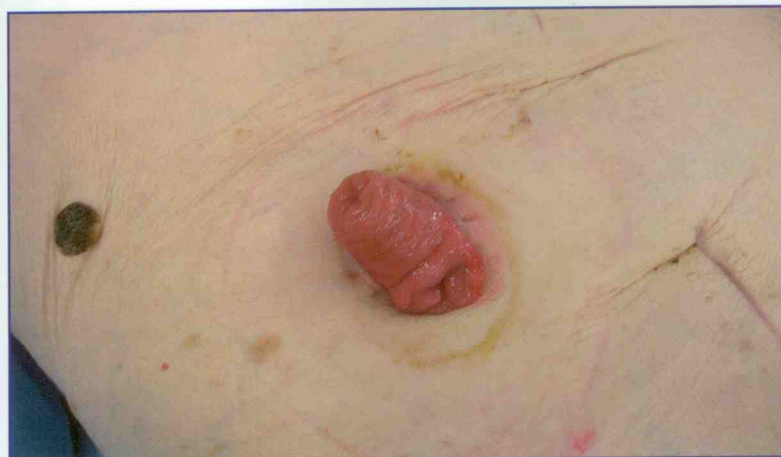


Abb. 4 Unauffälliges, doppelläufiges Ileostoma 4 Wochen nach Prolapsresektion unmittelbar vor Rückverlegung der Ileostomie

partieller TME und End-zu-End Deszendorektostomie (pT2N0M0G2R0). Aufgrund der Gesamtsituation, des Alters und der Steroid-Dauermedikation Entschluss zur Anlage eines protektiven, doppelläufigen Ileostomas, welches in üblicher transmuskulärer Technik angelegt wird. Bei vorerst komplikationslosem postoperativem Verlauf Nachweis eines Stomaödems am 1. postoperativen Tag bei jedoch problemlos funktionierender Ileostomie. Vom 2.-9. postoperativen Tag entwickelt sich neben dem Stomaödem ein zunehmender, gut 12 cm messender Stomaprolaps der abführenden Schlinge (Abb. 1).

Ein zweimaliger Versuch einer manuellen Reposition nach Kälteanwendung scheitert aufgrund des nach wie vor bestehenden Stomaödemes. Aufgrund der zunehmenden Problematik der Stomaversorgung sowie aufgrund der sich entwickelnden Schleimhaut-Drucknekrosen im apikalen Bereich wird die Indikation zur Stapler-Resektion des prolabierenden Stomaschenkels gestellt. Mittels Gastrographin®-Einlauf via prolabierenden Schenkel wird sicher gestellt,

