

# CHRONISCHE VERSTOPFUNG – ROLLE DER CHIRURGIE

Anhaltende Probleme interdisziplinär angehen

Laut einer Umfrage leiden bis zu 20 Prozent der Schweizer Bevölkerung an chronischer Verstopfung. Diese beeinträchtigt die Lebensqualität und verursacht hohe Gesundheitskosten. Als Therapiemethoden haben sich Biofeedback und sakrale Neuromodulation (SNM) bewährt. Bei strukturellen Verengungen kommt meist die Chirurgie zum Einsatz.

Daniela Zeller-Simmerl

Bei einer chronischen Verstopfung unterscheiden wir zwischen der Darmträgheit (Slow-Transit-Obstipation) und Schwierigkeiten bei der Darmentleerung (Outlet-Obstruktion).

## Slow-Transit-Obstipation: Sakrale Neuromodulation

Die Diagnose einer Slow-Transit-Obstipation wird durch die Messung der Transitzeit gestellt. Dazu wird sechs Tage lang je eine Kapsel mit zehn Radiografiemarkern eingenommen. Am siebten Tag kann dann mittels der Abdomenübersichtsaufnahme aufgrund der Anzahl der gezählten Marker die Passagezeit errechnet werden. Normal ist eine Passagezeit bis 72 Stunden.

Als Ursache der Slow-Transit-Obstipation wird eine Passagestörung (Dysmotilität) des Kolons diskutiert, deren genaue Ursachen bis heute nicht geklärt sind. Es existieren verschiedene Theorien, weshalb es zu dieser Störung kommt, zum Beispiel aufgrund eines Mangels an Faserstoffen in der Nahrung, einer Störung des Nervensystems (autonome Neuropathie, Störung des enterischen Nervensystems) oder einer Störung des neuroendokrinen Systems (Hormone).

Bei der Slow-Transit-Obstipation hat die Chirurgie – nach Versagen der konservativen Therapie mit Ernährungsumstellung, Abführmitteln und den neueren motilitätsfördernden Medikamenten (Procaluprid, Linaclotid und Lubiproston) – neuer-

dings die Sakrale Neuromodulation (SNM) anzubieten. Diesen «Schrittmacher» setzen wir seit Jahren erfolgreich bei der Urin- und Stuhlinkontinenz ein. In der Zwischenzeit hat sich die Indikation auf die Slow-Transit-Obstipation ausgedehnt, da die Wirkung nicht nur auf die Stimulation der Beckenbodenmuskulatur und der Sphinkteren beschränkt ist, sondern auch das periphere und zentrale Nervensystem moduliert und so Einfluss auf das Nervensystem des Darms hat.

## Outletobstruktion: Biofeedback

Bei der Outletobstruktion handelt es sich um eine verzögerte und erschwerte Darmentleerung im Bereich des kleinen Beckens. Das kann auf eine Störung der Nervenversorgung ins kleine Becken oder des Rektums zurückzuführen sein. Eine «Dyssynergie» der Beckenbodenmuskulatur mit gestörter Koordination und unwillkürlichen Kontraktionen des Schliessmuskels (Anismus) kann die Folge sein. Wir sprechen hier von sogenannten funktionellen Störungen. In diesen Fällen ist die Biofeedbacktherapie die Therapie der Wahl (siehe auch Seite 20).

Ursachen für eine Outletobstruktion können eine Enterozele oder Sigmoidozele sein (Vorfall von Dünndarm oder Sigma in den tief gelegenen Douglasraum), ein Vorfall des Rektums, eine Intussuszeption (innerer Rektumvorfall), eine anteriore Rektozele oder eine Kombination aus Intussuszeption

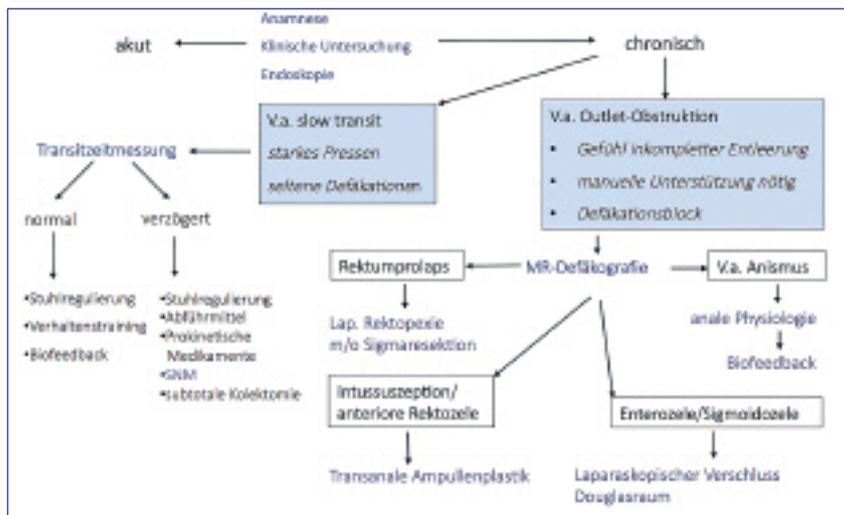


Abbildung: Diagnostischer und therapeutischer Algorithmus zum Vorgehen bei chronischer Obstipation.

und Rektozele und eher selten ein nach hinten gekippter Uterus. Der externe Rektumvorfall wird in der Regel primär operativ angegangen, bei allen anderen aufgeführten Ursachen soll vorangehend ein konservativer Versuch unternommen werden.

**Konservativ ...**

In der Regel wird eine konservative Therapie mit zusätzlichen Faserstoffen und Quellmitteln versucht werden. Ausserdem muss ein effektives Toilettenverhalten eingeübt werden. Dies umfasst die optimale Sitzposition, die richtige Atemtechnik, aber auch das Erlernen von geeigneten Entspannungsübungen. In ausgewählten Fällen ist die Biofeedbacktherapie sinnvoll. Dies sollte vor einer operativen Therapie immer in Betracht gezogen werden, denn häufig sind strukturelle Veränderungen auch die Folge einer funktionellen Störung. So wird das Rezidivrisiko verringert.

**... oder operativ vorgehen?**

Bei Nachweis einer Verstopfung, bedingt durch strukturelle Veränderungen im Bereich des Beckenbodens, ist die Chirurgie oftmals die einzig erfolgreiche Therapiemethode. Ist eine Operation notwendig, stehen viele verschiedene Methoden zur Verfügung.

Es ist bei allen Eingriffen von grosser Wichtigkeit, Begleiterkrankungen des Harntrakts, der Vagina und des Uterus zu berücksichtigen. Eine genaue Analyse der Stuhlentleerung mithilfe der Magnetresonanzbildgebung (MR-Defäkografie) ist hilfreich. Ausserdem muss bei der Entscheidung für die eine oder andere Technik das Alter, die sexuelle Aktivität, eine Tendenz zu hartem Stuhl oder chronischem Durchfall oder das Vorliegen einer analen Inkontinenz bekannt sein. Wir als spezialisierte Ärztinnen und Ärzte (Koloproktologen und

Beckenbodenchirurgen) diskutieren deshalb unsere überwiegend weiblichen Patienten in einem interdisziplinären Beckenbodenboard – zusammen mit Urologen, Urogynäkologen, Gynäkologen und Gastroenterologen –, um gemeinsam die optimale Operationsmethode für die einzelne Betroffene herauszufinden.

**Wann welches Verfahren einsetzen?**

*Äusserer Rektumvorfall:* Obwohl für die chirurgische Therapie des äusseren Rektumprolaps heute eine Vielzahl von Operationsmethoden bekannt sind, gilt die laparoskopische Rektopexie mit oder ohne Resektion des Sigmas immer noch als die Therapie der Wahl. Liegt eine ausgeprägte Siphonbildung vor, sollte das Sigma entfernt werden.

Bei sehr alten und polymorbiden Patienten können Eingriffe durch die Dammregion gewählt werden, die weniger belastend sind, aber leider öfter zu Rezidiven führen.

*Enterozele beziehungsweise Sigmoidozele:* Diese sind durch das Tiefertreten der Dünndarmschlingen respektive des Sigmas in den weit offenen Douglasraum gekennzeichnet – eine Folge des oft jahrelangen Pressens bei Obstipation. Durch das Tiefertreten können sie das Rektum bei der Entleerung abdrücken und so zum Gefühl des Defäkationsblocks führen. Bei der Enterozele steht der alleinige Verschluss des Douglasraumes im Vordergrund. In der Regel wird eine laparoskopische Kolporektosakropexie durchgeführt. Im Fall der Sigmoidozele steht die Sigmaresektion mit Rektopexie und zusätzlichem Verschluss des offenen und tiefen Douglasraumes im Vordergrund.

*Anteriore Rektozele:* Bei der Ausstülpung der Rektumvorderwand gegen die vaginale Hinterwand (anteriore Rektozele) mit oder ohne Intussuszeption werden verschiedene Operationsverfahren angeboten. Neuere perineale Verfahren bevorzugen die Staplertechniken, bei denen die sich einstülpende Darmwand mittels mehrerer Klammernahtgeräte entfernt wird. Wir halten aber die transanale Ampullenplastik für richtig, die ganz individuell je nach vorliegendem Befund angepasst und modifiziert werden kann. Bei dieser Methode werden die Darmwand mit Nähten gerafft und die überstehende Darmschleimhaut entfernt. Der Vorteil dieser Methode liegt in einer deutlichen Verstärkung des Septum rectovaginale und somit des gesamten Beckenbodens.

**Kontakt:**  
 Dr. med. Daniela Zeller-Simmerl  
 Praxis Zeller Chirurgie  
 8008 Zürich  
 E-Mail: zeller.chirurgie@hin.ch



**DANIELA ZELLER-SIMMERL,**  
 1988–1995 Studium der Humanmedizin, München,  
 1996–2012 Ausbildung zur Chirurgin mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie, Zürich.  
 Seit 2013 selbstständige Praxistätigkeit mit Schwerpunkt Koloproktologie und Beckenbodenchirurgie in Zürich, Leiterin des Interdigest Beckenboden- und Inkontinenz-zentrums Bethanien.