

Patienteninformation : Laparoskopisch assistierte Dickdarmentfernung

Entzündliche und auch bösartige Erkrankungen des Dickdarmes können Gründe darstellen, warum Teile des Dickdarmes operativ entfernt werden müssen.

Dies kann in herkömmlicher Weise durch einen grösseren Bauchschnitt, die sogenannte Laparotomie, vorgenommen werden oder es kann im Sinne eines minimal invasiven Verfahrens laparoskopisch assistiert ausgeführt werden. In letzterem Fall werden kleinere Hautschnitte (5-12 mm) für das Anbringen der Instrumentenzugangswege (Trokare) verwendet. Ueber diese kleinen Oeffnungen werden die Optik und die chirurgischen Instrumente in die Bauchhöhle eingeführt. Das Prinzip und das Ausmass des operativen Eingriffes in der Bauchhöhle unterscheiden sich bei beiden Vorgehen nur unwesentlich. Die Blutversorgung des zu entfernenden Dickdarmteils wird mittels feinen metallischen Clips unterbrochen und der entsprechende Dickdarmabschnitt wird ausgelöst. Die Durchtrennung und spätere Wiedervereinigung des Darmes wird durch spezielle maschinelle Staplers (Schneide- und Klammernahtapparate) vorgenommen. Im Gegensatz zur Operation mit grossem Bauchschnitt wird beim laparoskopischen Verfahren der zu entfernende Darmabschnitt durch eine kleinere Oeffnung (ca. 8 cm) aus der Bauchhöhle geborgen.

Grundsätzlich stellt das laparoskopische Verfahren höhere Ansprüche an die technische Infrastruktur und die operativen Fähigkeiten des Chirurgen. Liegen schwierige Bedingungen in der Bauchhöhle vor (Ausmass der entzündlichen Erkrankung, ungünstiges Krebsstadium, Blutungskomplikation während der Operation) kann es unter Umständen nötig sein, von einem laparoskopischen Vorgehen auf ein offenes Verfahren mit grösserem Bauchschnitt zu wechseln. Der Patient verbleibt dabei in der gleichen Narkose.

Die laparoskopisch assistierte Dickdarmentfernung birgt alle allgemeinen Operationsrisiken eines Baueingriffes, d.h., Venenthromboserisiko, Infektrisiko der Wunden und der Bauchhöhle, allgemeines Narkoserisiko, Blutungen während und im Anschluss an den Eingriff, verzögertes Ingangkommen der Darmtätigkeit, Verwachsungen innerhalb der Bauchhöhle, Instrumentenverletzungen von Organen in der Bauchhöhle.

Als spezifisches Risiko einer Darmteilentfernung gilt der Nahtbruch an der Stelle der Wiedervereinigung des verbleibenden Darmabschnittes. Er wird meist erst einige Tage nach erfolgter Operation manifest und muss in der Regel mit einer Reoperation und Anlage eines (temporären) künstlichen Darmausganges behandelt werden.

Der durchschnittliche Spitalaufenthalt dauert 8 – 14 Tage, wobei die laparoskopische Methode i.d.R. mit einer rascheren Entlassung verbunden ist. Während der ersten Tage nach dem Eingriff erfolgt ein dosierter Aufbau der Ernährung und die Schmerzmittel und die Flüssigkeit werden vorwiegend über Infusionen zugeführt. Als wichtige Massnahme zur Thromboseprophylaxe und Stimulation der Darmtätigkeit wird der Patient zur raschen Mobilisation angehalten. Zur Erfassung des regulären Erholungsverlaufes wird der genauen Beobachtung der Ausscheidungsfunktionen und der Temperaturkurve grosse Bedeutung beigemessen. Zusätzliche Laborkontrollen geben weitere Auskünfte über den postoperativen Verlauf.

Je nach Lage des entfernten Dickdarmabschnittes können in den ersten paar Wochen noch recht wechselhafte Stuhlentleerungen vorkommen. Gegebenenfalls sind anfänglich stuhlregulierende Medikamente erforderlich. Plötzlich wieder auftretende Aufblähungen des Bauches oder einsetzende Krämpfe gehören nicht zum normalen Verlauf und bedürfen einer sofortigen ärztlichen Beurteilung. Ein Gewichtsverlust von einigen Kilogramm ist für die ersten Wochen nicht ungewöhnlich. Aus diätetischer Sicht kann empfohlen werden, stark blähende Speisen (Bohnen, Kohlsorten, kohlesäurehaltige Getränke) zu meiden und neben fettarmem Fleisch eher Kartoffeln, Teigwaren oder Reis zu sich zu nehmen. Weitere Nachbehandlungen oder Kontrolluntersuchungen hängen jeweils vom spezifischen vorliegenden Krankheitsbild ab.