



# Obstruktive Entleerungsstörung

## Rektumprolaps - Rektozele - „descending perineum“ - Puborektalisdyskinesie

Lässt sich bei normaler **Darmpassagezeit** Stuhl von normaler **Konsistenz** nur durch angestregtes Pressen absetzen oder die Entleerung bleibt inkomplett und bedarf manueller Hilfe, liegt der Verdacht auf eine obstruktive Entleerungsstörung nahe.

Die häufigste „Entleerungsstörung“ ist eine vermeintliche: Vergrößerte hämorrhoidale Gefäßpolster oder ein **anteriorer Mukosaprolaps** täuschen Stuhldrang vor, ohne dass der Enddarm gefüllt ist. Jeder Entleerungsversuch ist zum Scheitern verurteilt. **Sklerotherapie** oder eine **Gummibandligatur** können das Problem oft schlagartig beseitigen.

**Darmpassagezeit** = Die Zeit, die der Stuhl für die Passage des Dickdarms braucht. Um sie zu bestimmen, schluckt der Patient an definierten Tagen eine bestimmte Anzahl gleicher oder verschiedener Marker. Mit einer Übersichtsaufnahme des Abdomens wird einige Tage später bestimmt, wie viele Marker noch vorhanden sind.

**Konsistenz** = Beschaffenheit, Güte, Festigkeit

**anteriorer Mukosaprolaps** = Ein Zuviel an Schleimhaut der vorderen unteren Rektumwand, die in den After hineindrängt. Wölbt sich bei der Proktoskopie in die Öffnung des Rohres hinein.

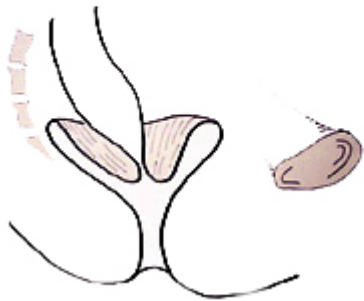
**Sklerotherapie** = <http://www.prokt.de/proktologie/nichtoperative-therapie/>

**Gummibandligatur** = <http://www.prokt.de/proktologie/nichtoperative-therapie/#gummiband>



## Obstruktive Entleerungsstörung

Insbesondere im Alter und bei Frauen, denen die Gebärmutter entfernt wurde, kann es zu einer Einstülpung (Invagination) des Enddarms in sich selbst kommen, entweder teilweise oder die ganze **Zirkumferenz** betreffend.



Man spricht von einem **inneren oder okkulten Rektumprolaps** – im Gegensatz zum **manifesten**, wenn die Einstülpung nach außen vorfällt und sichtbar wird (**Bild 9**). Durch die Einstülpung kommt es zu einem Blockadegefühl, das zum Pressen verleitet und einen **circulus vitiosus (Teufelskreis)** einleitet: je mehr gepresst wird, umso mehr nimmt der Grad der Einstülpung zu.

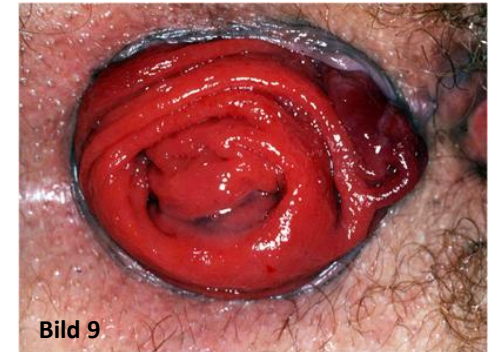


Bild 9

**Zirkumferenz** = Umfang, Ausdehnung einer runden Struktur

**manifest** = augenscheinlich, greifbar, sichtbar

**circulus vitiosus** = Teufelskreis: System, in dem sich mehrere Faktoren gegenseitig verstärken (positive Rückkopplung) und so einen Zustand immer weiter verschlechtern.



## Obstruktive Entleerungsstörung

Ein **Prolaps** kann operativ beseitigt werden, entweder **transanal** oder **transabdominell**. Im ersten Fall wird der eingestülpte Anteil des Darms entfernt und die Kontinuität des Darmrohrs mit einer **Anastomose** wiederhergestellt (Operation nach Altemeier). Im zweiten Fall wird der Enddarm hochgezogen und an der hinteren Beckenwand fixiert (Rektopexie). Besteht eine deutliche Verlängerung, kann der Darm gleichzeitig gekürzt werden, um einer Obstipation vorzubeugen.

Sozusagen das Gegenteil einer Einstülpung ist die **Rektozele** bei einer Frau. Hier stülpt sich die Vorderwand des Enddarms aus, quasi in die Scheide hinein, der **anal** eingeführte Finger tastet eine Aussackung, in der der Stuhl während des Entleerungsvorganges teilweise zurückgehalten wird.



**Prolaps** = Vorfall

**transanal** = durch den After hindurch

**transabdominell** = über die Bauchhöhle

**Anastomose** = Neuverbindung von schlauchartigen anatomischen Strukturen (Arterie, Vene, Darm) oder von anatomischen Leitbahnen (Nerven). Meist nach Verletzung oder Ausschneidung eines kranken Teiles.

**anal** = zum/am After gelegen, zum After gehörig



# Obstruktive Entleerungsstörung

Folge ist ein Gefühl inkompletter Entleerung, häufiger Stuhl- drang und ausgetrockneter Stuhl, der durch das Verweilen im Enddarm entsteht. Eine Rektozele kann angeboren sein (Fehlentwicklung der Rektumscheidenwand), trifft aber zumeist Frauen im mittleren Lebensabschnitt, insbesondere im Zusammenhang mit einer Beckenbodensenkung. Ist eine Operation angezeigt, kommen **transanale** Klammernahtverfahren und manuelle Verfahren in Betracht, wobei ich die **Operation nach Sullivan**, transanale Raffung der Rektumvorderwand in Quer-und Längsrichtung, bevorzuge.

**transanal** = durch den After hindurch

**Operation nach Sullivan** = [www.prokt.de/proktologie/operative-eingriffe/operation-nach-sullivan/](http://www.prokt.de/proktologie/operative-eingriffe/operation-nach-sullivan/)



## Obstruktive Entleerungsstörung

Mit „**descending perineum**“, der abnormen funktionellen Senkung des Beckenbodens, wird der Funktionsverlust der **Levatorenmuskulatur** beschrieben, der zu einer Störung der Entleerung führen kann. Da dem Austreibungsdruck das Widerlager fehlt, verpufft er in einer Ballonierung des Beckenbodens (**Kontinenzorgan**). Der **Beckenboden** tritt während der **Defäkation** tiefer als normal, der anorektale Winkel flacht sich übermäßig ab. Vor allem ältere Frauen sind betroffen. Ursache können jahrzehntelanges, übermäßiges Pressen bei der Defäkation, mehrfache Entbindungen, lang andauernde Presswehen oder eine **Neuropathie** sein. Hier kann eine differenzierte ballaststoffreiche (unlösliche Ballaststoffe) **Ernährung** mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr helfen. Ist auch der Sphinkterapparat geschwächt, kann statt einer **Obstruktion** auch **Inkontinenz** die Folge sein.

**Levatores** = „Heber“: Muskulatur, die sich trichter- und fächerförmig zwischen den Darmbeinschaufeln und den Schambeinästen ausspannt und den Beckenboden bildet

**Kontinenzorgan** = <http://www.prokt.de/proktologie/kontinenzorgan/#entleerung>

**Beckenboden** = fächer-/trichterförmiges, muskuläres Gebilde, das sich zwischen den Beckenknochen ausspannt und Enddarm, Vagina und Harnröhre durchtreten lässt

**Defäkation** = Entleerung

**Neuropathie** = Erkrankung oder Schädigung eines peripheren Nervens

**Ernährung** = <http://www.prokt.de/proktologie/darmvorsorge/ballaststoffreiche-ernaehrung/>

**Obstruktion, obstruktiv** = Verlegung, Verstopfung; verlegend, verstopfend

**Inkontinenz** = <http://www.prokt.de/proktologie/krankheitsbilder/inkontinenz/>



## Obstruktive Entleerungsstörung

Eine sehr seltene Entleerungsstörung ist die **Dyskinesie der Puborektalschlinge**, desjenigen Muskels, der sich als unterster Anteil der Beckenbodenmuskulatur von Schambeinast zu Schambeinast wie eine Schlinge um den Übergang vom Enddarm in den After herumzieht (**Kontinenzorgan**). Diese Muskelschlinge hält die Abknickung des **Rektum** zum **Analkanal** aufrecht, den anorektalen Winkel. Sie spannt sich automatisch an, wann immer die **Kontinenz** gesichert werden muss, beim Husten und Nießen ebenso wie beim Treppensteigen, und sie erschlafft normalerweise während des Entleerungsvorgangs. Tut sie dies nicht, sondern erhöht sie sogar noch ihren **Tonus**, sprechen wir heute von einer **Dyskinesie**. Ursprünglich wurde dieses Phänomen schon in den 60-iger Jahren von Wassermann als „paradoxe Pubo- rektaliskontraktion“ beschrieben. Die Ursache ist unklar.

**Kontinenzorgan** = <http://www.prokt.de/proktologie/kontinenzorgan/>

**Rektum** = Enddarm

**Analkanal** = innere Öffnung des Afters, 4-5 cm lang

**Kontinenz** = die Fähigkeit, Urin oder Stuhl zurückzuhalten

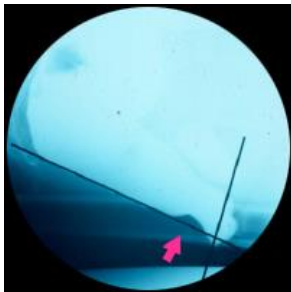
**Tonus** = Spannungszustand

**Dyskinesie** = Störung eines Bewegungsablaufes

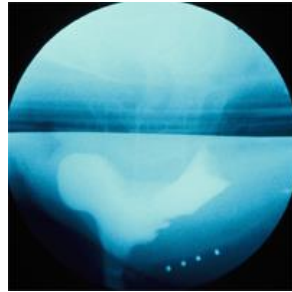


# Obstruktive Entleerungsstörung

Zur Diagnostik und Dokumentation einer Entleerungsstörung ist eine **Defäkografie** unerlässlich.



Puborektalisdyskinesie



Rektozele



Rektumprolaps

**Defäkografie** = Durchleuchtungsaufnahmen des Entleerungsaktes auf einem strahlendurchlässigen Toilettensitz mit einer schnellen Bildsequenz oder Video, nachdem in den Enddarm ein Kontrastmittel von stuhlähnlicher Konsistenz eingebracht wurde. Auch mittels MRT (siehe oben) möglich, jedoch ist wegen der methodisch bedingten Rückenlage die Aussagekraft eingeschränkt