

Beratung von Patienten mit Enterostoma und nach dessen Rückverlagerung zum Thema Ernährung – vier Erfahrungsberichte

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel das generische Maskulinum verwendet.

Die in diesem Artikel verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht - auf alle Geschlechter.



*Lisa Kellner
Ernährungsberaterin DGE
B.Sc. Ernährungswissenschaften
Helios Klinikum Siegburg
Ringstr. 49
53721 Siegburg*

Ernährung ist ein sehr individuelles Thema, was von vielen Faktoren beeinflusst wird. Die Ernährungsempfehlungen für Menschen mit einer Stomaanlage sind insgesamt recht allgemein gehalten. Daher ist es in allen Fällen empfehlenswert, sowohl stationär (wenn möglich/vorhanden) als auch ambulant eine individuelle Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen. Hierbei kann gezielt auf den einzelnen Patienten eingegangen werden. Die Krankenkasse kann bei der Vermittlung helfen und übernimmt meist anteilig die Kosten.

1. Mir wurde ein Colostoma angelegt, muss ich nun meine Ernährung umstellen?

Bis auf ein paar Kleinigkeiten kann man bei der „normalen“ vollwertigen Ernährung bleiben. Direkt nach der Operation erfolgt zunächst noch im Krankenhaus ein Kostaufbau, den man zuhause weiterführt. Nach Verheilen der OP-Stellen (nach ca. 4 Wochen) können sich Menschen mit einem Stoma langsam an die „normale“ Ernährung annähern. Häufig werden mehrere kleine Mahlzeiten besser vertragen. Generell sollte man scharfe Gewürze und säuerliche Lebensmittel wie Zitrusfrüchte eher meiden, um die Stoma-Umgebungshaut nicht zu reizen. Außerdem sollte man bei Kernen/Körnern, Nüssen und Fasern vorsichtig sein. Besser ist es, diese in gemahlener/pürierter Form zu sich zu nehmen. Auch feste Schalen von Obst und

Gemüse sollten entfernt werden. Ziel ist ein weicher, geformter Stuhlgang. Die Konsistenz des Stuhlgangs sollte daher im Blick behalten werden.

2. Mir wurde ein Ileostoma angelegt, muss ich nun meine Ernährung umstellen?

Generell gilt das Gleiche wie bei einem Colostoma. Zusätzlich ist es wichtig, vermehrt auf die Konsistenz des Stuhlgangs und den damit verbundenen Flüssigkeitsverlust zu achten. Häufig wird hierbei ein Ein- und Ausführprotokoll empfohlen. Bei sehr flüssigem Stuhlgang können stopfende Lebensmittel wie Bananen, Haferflocken oder Kartoffeln, Flohsamenschalen wie auch ärztlich verschriebene Präparate nachhelfen. Studien haben gezeigt, dass es sinnvoll sein kann, die orale Flüssigkeitszufuhr zu begrenzen.

Dabei sollte maximal 1 Liter an hypotonen Getränken wie Mineralwasser und Tee zugeführt werden. Darüber hinaus sollten isotone Getränke (WHO-Rehydrationslösung, fertige oder selbstgemixte Getränke) bevorzugt werden. Die orale Gesamtflüssigkeitszufuhr sollte max. 2 Liter betragen (Arenas et al. 2015, Adaba et al. 2017). Ein gutes Zeichen für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist eine Urinmenge von ca. 1 Liter pro Tag.

Auch kann es helfen, Essen und Trinken zeitlich voneinander zu trennen. Dadurch können mehr Nährstoffe resorbiert werden. Häufig ist zudem eine Vitamin B12 Substitution notwendig. Die Ernährung bei einem Ileostoma ist insgesamt sehr individuell und immer abhängig von der Outputmenge des Stomas.

3. Mein Stoma wurde zurückverlegt. Kann ich jetzt das Gleiche essen wie vorher?

Direkt nach der Operation sollte schrittweise ein Kostaufbau für ungefähr 4 Wochen erfolgen. Anschließend kann man theoretisch das Gleiche essen wie vorher. Dabei muss kontrolliert werden, wie die einzelnen Lebensmittel vertragen werden. Es kann durchaus sein, dass Lebensmittel, die vorher gut vertragen wurden, nun Beschwerden verursachen.

Es gilt also: „Erlaubt ist, was vertragen wird“. Die Konsistenz des Stuhlgangs sollte weiterhin beobachtet werden. Bei erfahrungsgemäß eher dünnem Stuhlgang können eindickende Lebensmittel helfen, auch Flohsamenschalen sind eine Option.

Quellen:

Adaba F, Vaizey CJ, Warusavitarne J (2017) Management of intestinal failure: the high-output enterostomy and enterocutaneous fistula. Clin Colon Rectal Surg 30:215–222.

Arenas Villafranca JJ, Lopez-Rodriguez C, Abiles J, Rivera R, Gandara AN, Urilla Navarro P (2015) Protocol for the detection and nutritional management of high-output stomas. Nutr J 14:1–7.



*Monika Linn
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde;
Krankenschwester Stoma- und Wundmanagement
Cellitinnen-Krankenhaus Heilig Geist
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln
Graseggerstr. 105
50737 Köln-Longerich
50829 Köln*

„Sie brauchen keine Stomadiät einzuhalten.“ Das liest man oft und für die meisten Stomaträger stimmt das auch. Patienten bekommen nach ihrer Stomaanlage Ratgeber ausgehändigt, die aufklären, welche Lebensmittel Durchfälle, Verstopfungen, Blähungen, Hautreizungen oder Passagestörungen hervorrufen können. Ein Ernährungstagebuch kann helfen, herauszufinden, welche Lebensmittel nicht vertragen werden. Dennoch ist eine gute Ernährungsberatung für Stomaträger wichtig, da verschiedene Komplikationen möglich sind, die Auswirkungen auf Ernährungsempfehlungen haben.

1. Mir wurde ein Colostoma angelegt, muss ich nun meine Ernährung umstellen?

- In den ersten Wochen nach der Operation kann der Stuhlgang häufig dünnflüssiger und unregelmäßiger sein, danach wird er ähnlich wie vor der Operation
- Eine Diät ist nicht nötig, aber eine Anpassung der Auswahl von Lebensmitteln kann Auswirkungen auf die Lebensqualität haben
- Regelmäßige Mahlzeiten führen zu regelmäßigen Stuhlentleerungen
- Das Vermeiden blähender Speisen verhindert ein Aufblähen des Beutels und störende Darmgeräusche
- Es ist für den Colostomaträger gut zu wissen, welche Lebensmittel bei ihm abführen oder eindicken, welche zu großen Stuhlmengen oder Blähungen führen. Auf diese Lebensmittel braucht er möglicherweise auch nur dann verzichten, wenn er etwas „vorhat“
- Mit einer regelmäßigen Irrigation kann man Stuhl und die Blähungen noch besser regulieren und braucht dadurch auch weniger auf die Ernährung zu achten
- Auf eine ausreichende Trinkmenge ist zu achten, da zu fester Stuhlgang das Entstehen einer Hernie fördern kann
- Fester Stuhl kann auch die Stomaversorgung ‚abhebeln‘

2. Mir wurde ein Ileostoma angelegt, muss ich nun meine Ernährung umstellen?

- Oft ist der Stomaoutput in der postoperativen Phase sehr hoch. Dann sollten eindickende Lebensmittel verzehrt werden. Unterstützend wirken Quellmittel (Flohsamenschalen oder Pektine), die vor den Mahlzeiten mit wenig Wasser eingenommen werden
- Ist der Stomaoutput zu hoch, sollte 30 Minuten vor und nach den Mahlzeiten nicht getrunken werden. Die Speisen dürfen gerne gut gesalzen sein, um einem Natriummangel vorzubeugen
- Die Trinkmengen sollten so hoch sein, dass der Ileostomapatient mindestens einen Liter hellen Urin ausscheidet. Die Beratung des Flüssigkeitsbedarfes ist besonders wichtig, da viele
- Patienten zu wenig trinken, in der Hoffnung, dann auch weniger Stuhlgang zu produzieren. Häufig kommen diese Patienten dann exsikkiert oder gar mit Nierenversagen in die Ambulanz
- Meistens jedoch adaptiert der Darm nach einiger Zeit, so dass der Stuhlgang breiig wird, dann muss auf eine ausreichende Trinkmenge geachtet werden
- Nach einer teilweisen oder kompletten Resektion des terminalen Ileums kann es zum Vitamin B12 Mangel und zum Gallensäureverlustsyndrom kommen. Bei einem Mangel muss das Vitamin B12 substituiert werden. Das Gallensäureverlustsyndrom, welches möglicherweise nach einer Resektion des terminalen Ileums auftritt, kann eine chologen Diarrhoe, eine Steatorrhö, sowie eine vermehrte Oxalsäureresorbtion auslösen
- Therapiert wird das Gallensäureverlustsyndrom mit Cholestyramin, welches die Gallensäuren im Darm bindet. Diese Patienten sollten oxalsäurereiche Lebensmittel meiden
- Bei Ileostomien und seltener auch bei Colostomien kann es durch Verwachsungen und Stenosen zu Passagestörungen kommen. Dabei blockieren ungenügend gekaute oder unverdauliche Speisen die Darmpassage. Stomaträger, bei denen bereits eine Blockade aufgetreten ist, sollten ausführlich beraten werden. Diese Patienten sollten auf langfaserige und hartschalige Lebensmittel verzichten und alles gut kauen. Wenn eindickende Lebensmittel verzehrt werden, sollte ausreichend dazu getrunken werden. Es ist auch gut zu wissen, was im Fall einer Blockade zu tun ist. Eine Wärmflasche, eine salzige Suppe und so viel Bewegung wie möglich, können eine Blockade lösen und einen Krankenhausbesuch ersparen.

3. Mein Stoma wurde zurückverlegt. Kann ich jetzt das Gleiche essen wie vorher?

- Auch in diesem Fall kommt es in der postoperativen Phase oft zu dünnflüssigen Stühlen und zu imperativem Stuhldrang. Mehrere kleine Mahlzeiten am Tag, eindickende Lebensmittel und eine schonende
- Zubereitung unterstützen den Darm. Zitrusfrüchte und scharfe Gewürze können die perianale Haut reizen. Dabei sollten ballaststoffreiche Lebensmittel langsam gesteigert werden
- Liegt die Stomarückverlagerung einige Zeit zurück, sollte die Nahrung ähnlich gut vertragen werden wie vor der Operation
- Wird die Diagnose eines Low Anterior Resection Syndrome (LARS) erhoben, sollte eine Ernährungsberatung erfolgen. Inkontinenz und die Stuhlfrequenz werden durch

dünnflüssige Stuhlgänge verstärkt, so dass auch hier eindickende Lebensmittel und Quellmittel zu einer Verbesserung der Symptomatik beitragen können



*Prof. Dr. I. Iesalnieks
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Evangelisches Krankenhaus Kalk
Buchforststraße 2
51103 Köln*

Die Fragen zur Ernährung sind sicherlich die häufigsten, denen man nach einer Stomaanlage begegnet. Sie werden sowohl an Ärzte als auch an Stomatherapeuten gestellt.

1. Mir wurde ein Ileostoma angelegt, muss ich nun meine Ernährung umstellen?

Paralytischer Ileus

In den ersten 3-4 Wochen nach Ileostomaanlage sind Komplikationen am Stoma besonders häufig - Versorgungsprobleme, Hautkomplikationen, Exsikkose. Sehr hoch ist jedoch auch die Ileusrate. Nach verschiedenen Statistiken erreicht die Häufigkeit des paralytischen Ileus bei Patienten mit Ileostoma 28%. Der postoperative paralytische Ileus macht sich dadurch bemerkbar, dass das Ileostoma nicht oder nicht adäquat fördert, Patienten klagen über Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder geblähtes Abdomen. Patienten selbst führen diese Beschwerden meistens aufs Essen zurück, was definitiv nicht richtig ist, weil der Ileus meistens 2-3 Tage nach der Operation auftritt, wo die Patienten bis dahin noch kaum gegessen haben. Nichtsdestotrotz klagen die Patientin über die „unmögliche Suppe“, die ihnen im Krankenhaus serviert wird. Bei solchen vehementen Klagen übers Krankenhausesen in den ersten 3 Tagen nach der Operation sollte man als Arzt stets hellhörig werden und auf die Entwicklung des paralytischen Ileus achten. Meistens treten binnen der nächsten 24 Stunden auch die Übelkeit und Erbrechen auf. Hat sich ein paralytischer Ileus entwickelt, erübrigt sich die Frage nach „richtigem“ Essen von allein, weil die Patienten nicht in der Lage sind, die Nahrung

zu sich zu nehmen. Manche brauchen gar eine Magensonde.

Ein paralytischer Ileus geht meistens binnen 2-3 Tagen zurück, kann jedoch im Einzelfall bis zu 3-4 Wochen andauern. Diese Zeit ist für die Patienten sehr quälend, u.a. auch deswegen, weil sie nicht essen können, was sich sehr deprimierend auswirkt.

Vor allem in den Fällen, in welchen der paralytische Ileus lange anhält, ist die Wiederaufnahme der oralen Nahrung verzögert und entwickelt sich in Stufen. Erst kann die Magensonde gezogen werden, dann verschwindet die Übelkeit. Die Appetitlosigkeit kann jedoch noch länger anhalten. In dieser Zeit können zwar die Patienten essen, ohne zu erbrechen, sie essen jedoch wenig und die Auswahl an dem, was sie zu sich nehmen wollen/können, ist gering. Schließlich schmecken immer mehr Speisen, bis der Appetit und die Nahrungsaufnahme sich komplett erholen. Diese Zeit, die sich über mehrere Wochen erstreckt, ist von starkem Gewichtsverlust und Entkräftung gekennzeichnet.

Sobald die Patienten nicht mehr erbrechen und die Magensonde gezogen wird, erlaube ich auch die orale Nahrungsaufnahme wieder. Im ersten Moment ist die orale Nahrungszufuhr vor allem ein Test: Geht es, oder nicht? Sobald die Patienten zumindest in der Lage sind mechanisch zu essen, ohne wieder zu erbrechen, wird die Kostform zügig gesteigert. In der Regel ist der paralytische Ileus eine „Einbahnstraße“ - ist er überstanden, kehrt er auch nicht mehr zurück. Durch das „falsche Essen“ kann er auch nicht mehr zurückkehren. Die Appetitlosigkeit nach einem langwierigen paralytischen Ileus verschwindet selten auf einen Schlag und vollständig.

Vielmehr essen die Patienten am Anfang wenig und das lustlos und ohne Appetit. Allmählich bekommen sie Lust auf einzelne Dinge. Welche das sind, unterzieht sich keiner Regel. Zunehmend schmecken jedoch immer mehr Speisen, bis sich der Appetit komplett normalisiert. Meistens folgt danach eine wahre Heißhungerphase, wo die Patienten sogar nachts essen. Hier gilt es: keine Einschränkungen! Die Patienten sollen ihren Gelüsten folgen.

In seltenen Fällen (sicher unter 5%) tritt der paralytische Ileus jedoch auch etwas später auf. In solchen Fällen werden Patienten sicherlich noch stärker davon überzeugt sein, dass das mit dem Gegessenen zusammenhängt. Auch hierzu gibt es keine überzeugenden Untersuchungen, man wird sich jedoch als Arzt auf ein Gespräch mit dem Patienten darüber auch diesmal einlassen müssen.

Normaler postoperativer Kostaufbau

Normalerweise - auch nach Ileostomaanlage - ist den Patienten sofort postoperativ jede Kostform erlaubt. Ich biete allerdings am ersten Tag nach der Operation die flüssige Kost (Tee/Suppe/Brei) an. Der Grund, warum ich nicht sofort die „Wunschkost“ anbiete, hat vor allem mit der Patientenführung, aber auch mit dem Zusammenspiel mit den Angehörigen und der Pflege zu tun. Erfahrungsgemäß reagieren alle drei genannten Gruppen pikiert, wenn man dem Patienten am ersten Tag nach der Operation normale feste Kost anbietet, am zweiten Tag aber das Erbrechen (sprich, der paralytische Ileus) auftritt. Man kann recht sicher davon ausgehen, dass sich in dieser Situation alle diese drei Gruppen an den Kopf fassen

werden. Der Arzt wird dann mit Aussagen konfrontiert: „Wie kann man denn nur schon am ersten Tag nach der Darmoperation einen Fisch (Fleisch, Karottensalat, Roulade, usw.) anbieten?!“. Da es dem Patienten mit paralytischem Ileus meistens wirklich schlecht geht, würden die Erklärungen, dass das Ganze gar nicht das Problem des Essens ist, verpuffen. Damit wäre die Autorität des Arztes ernsthaft untergraben. Der Patient und seine Angehörigen würden immer wieder die Geschichte „vom Fisch“ wiederholen und der Arzt wäre stets in Erklärungsnot. Aus diesem Grund verordne ich die flüssige Kost als „Versuchsballon“, um zu sehen, ob die orale Nahrungsaufnahme funktioniert oder es eher Richtung paralytischen Ileus geht. Nochmal: der paralytische Ileus ist bei Patienten mit neu angelegtem Ileostoma häufig! Am zweiten Tag nach der Operation kann meistens recht gut beurteilt werden, ob die Nahrungsaufnahme klappt. Klagt der Patient nicht über die „Küche“, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Blähungen, Übelkeit oder Erbrechen, so verordne ich die Wunschkost, was auch mit hoher Sicherheit funktionieren wird. Diese Taktik der Patientenführung würde keinen „Verrat am „Fasttrack“ bedeuten - eine Studie bestätigte, dass es nicht wichtig ist, mit welcher Koststufe nach der Darmoperation begonnen wird, Hauptsache es wird sofort die orale Nahrungsaufnahme angeboten.

Mechanischer Ileus

Ein anderes Problem bei Patienten mit frisch angelegtem Ileostoma ist der mechanische Ileus. Dieser tritt vor allem bei Patienten nach Kolektomie auf (also nach kompletter Dickdarmentfernung). Der Zeitpunkt, bis der mechanische Ileus auftritt, ist meistens zwischen dem ersten Tag nach der Operation und vier Wochen danach.

Im Gegensatz zum paralytischen Ileus, fördert das Ileostoma entweder gar nichts (wenn dies direkt nach der OP passiert) oder setzt für eine/mehrere Stunden komplett(!) aus. Gleichzeitig treten starke Koliken(!) und Erbrechen auf. Der Grund für den mechanischen Ileus ist meistens eine Drehung des Stomas um die eigene Achse. Dies ist ein Grund, das Stoma operativ neu anzulegen. Ans Essen ist in dieser Zeit nicht zu denken. Vor allem bei intermittierendem Ileus setzen die Patienten die Nahrungs-aufnahme ständig aus und nehmen schnell ab.

Stomablockade

In den ersten 3-4 Wochen nach der Operation rate ich von Nahrungsmitteln, die eine Stomablockade verursachen können, ab: Pilze, ganze Maiskörner, frischer Kohl, Sauerkraut, Zucchini, Erbsen, ganze Körner, ganze Nüsse, faserige Nahrungsmittel (Zitrusfrüchte, Feigen, Datteln, Trockenobst), grobes Vollkornbrot, faseriges zähes Fleisch, feste Obst- und Gemüseschalen, Ananas, Kokosnüsse, Spargel, Popcorn. Diese Auflistung habe ich aus dem Buch „Chirurgie des intestinalen Stomas“ übernommen.

Das Kapitel zur Ernährung hatte die Stomatherapeutin Daniela Pacini aus der Universitätsklinik Regensburg verfasst - auf dieses berufe ich mich hier. Die Stomablockade manifestiert sich mit Zeichen eines mechanischen Ileus (s.o.) bei Patienten, die bereits zu Hause sind.

Sie kommen dann oft über die Notaufnahme wieder ins Krankenhaus.

Das Wesen der Stomablockade ist bis jetzt nicht verstanden und auch nicht gut

beschrieben. Sie wird jedoch auf die ballaststoffreiche Ernährung zurückgeführt, daher auch die o.g. Empfehlung.

Die Stomablockade löst sich fast immer spontan nach wenigen Stunden auf, seltener ist eine Spülung übers Ileostoma erforderlich.

Über diesen Zeitraum hinaus verordne ich allerdings keine Einschränkungen der oralen Nahrungsaufnahme.

Die Patienten werden zwar darüber informiert, dass bestimmte Speisen den Geruch, die Gasbildung, die Geräusche beeinflussen können (hierzu bitte auch das o.g.

Buchkapitel von Fr. Pacini aufschlagen!), sind jedoch auf keinen Fall verboten.

Die Patienten werden angehalten, auf die Auswirkung bestimmter Speisen auf den Stomaoutput zu achten.

Die Patienten können sich dann auch bei Bedarf anpassen. Auch hier gilt: jegliche ärztlichen Verbote lösen Angst, Verunsicherung und damit auch Verringerung der Lebensqualität aus, müssen also sehr gut überlegt und begründet sein.

Für die Einschränkung der Ernährung gibt es in den allermeisten Fällen keine wissenschaftlichen Belege.

Trinken

Das Trinken bei Ileostomaträgern ist dagegen ein besonderes Kapitel. Weit verbreitet ist die Empfehlung „mehr zu trinken“. Dieses „mehr trinken ist gut für die Gesundheit“ ist in der Gesellschaft sehr stark verbreitet und gehört zu gesundheitsbezogenem Allgemeinwissen. Es wird angenommen, dass „mehr trinken“ stuhlregulierend ist, muss also auch bei Stomaträgern irgendwie gut sein.

Dies trifft allerdings auf die Ileostomaträger definitiv nicht zu. Höhere Trinkmengen sind mit stärkerem Stomaoutput verbunden. Je mehr man trinkt, desto dünnflüssiger und voluminöser der Stuhlgang im Beutel. Dies trifft vor allem auf die ersten Wochen/Monate nach der Stomaanlage zu, wo die Entgleisungen des Flüssigkeitshaushaltes besonders häufig sind. Ich rate den Patienten, nicht mehr als 1-1,5 Liter am Tag zu trinken. Wichtig: Sie sollten nicht gleichzeitig essen und trinken, weil dies den Stomaoutput noch mal sehr stark erhöhen kann, besonders wenn die Mahlzeiten groß sind. Auch rate ich ab, Softdrinks, aber auch allgemein Säfte und gezuckerte Flüssigkeiten zu trinken, weil diese das Wasser „mitziehen“ und den Flüssigkeits- und Elektrolytverlust noch mal verstärken.

Es ist wichtig zu betonen, dass ein High-Output-Syndrom beim Ileostoma nicht „übertrunken“ werden kann. Mehr Trinken heißt noch mehr Verlust! Sollten die Patienten zu viel übers Stoma verlieren, so wird eins nach dem anderen Loperamid, Pantoprazol, Opium angeordnet, begleitet von strengen Anweisungen bezüglich des Trinkens. Wird der Patient mit Exsikkose wieder stationär aufgenommen, verordne ich recht großzügig Anlage eines venösen Ports und tägliche Flüssigkeitsinfusionen für Zuhause, die selten 1000ml am Tag überschreiten.

Diese Anweisungen bezüglich des Trinkens beziehen sich vor allem auf die ersten 1-2 Monate nach der Ileostomaanlage. Bei Patienten, die das Ileostoma schon länger ohne jegliche Komplikationen tragen, sind Flüssigkeits- und Elektrolytentgleisungen viel seltener. Erfahrene Stomaträger können also selbst beobachten, wie sich das Stomaverhalten in Abhängigkeit vom Trinkverhalten ändert und sich entsprechend anpassen.

Auch hier gilt: Keine Verbote ohne eindeutige Argumente!

2. Mir wurde ein Colostoma angelegt, muss ich nun meine Ernährung umstellen?

Patienten mit Colostoma bekommen von Anfang an von mir keinerlei einschränkende Empfehlungen bezüglich der Ernährung. Ich erkläre Ihnen, dass bestimmte Speisen zum stärkeren Geruch, Gasbildung oder Geräuschen führen können und verweise auf die einschlägige Literatur oder Beratung durch Stomatherapeuten. Auch bezüglich des Trinkens gebe ich keine Empfehlungen ab. Die Patienten können so trinken und essen, wie sie das auch sonst tun. Sollten Durchfälle oder Obstipationen auftreten, würde ich gleiche Mittel empfehlen, wie bei Patienten mit normaler Darmanatomie.

3. Mein Stoma wurde zurückverlegt. Kann ich jetzt das Gleiche essen wie vorher?

Sobald die Patienten die Stomarückverlagerung überstanden haben, erlaube ich ihnen, sich wieder normal zu ernähren - ohne jegliche Einschränkungen. Eine spezielle Situation stellt allerdings der Zustand nach der tiefen anterioren Rektumresektion und nach der Pouchanlage dar.

Bei diesen Patienten sind vor allem in den ersten Wochen/Monaten nach der Stomarückverlagerung teilweise sehr ernsthafte Probleme mit der Darmfunktion zu erwarten: Stuhlfraktionierung, sehr starker imperativer Stuhldrang, Inkontinenz, nächtlicher Stuhlgang. Damit ist sehr oft auch die perianale Dermatitis verbunden, die ein sehr starkes, kaum erträgliches Brennen auslöst. In diesen zwei Patientengruppen empfehle ich in der Tat eine Diätanpassung. Ich rate den Patienten, nicht unbedingt „gesund“ zu essen. In der Vorstellung der Patienten sind vor allem Vollkornprodukte, sowie Gemüse „gesund“. Diese Produkte verstärken jedoch eher den Stuhldrang und die Blähungen. Ich rate eher Produkte zu essen, die unter normalen Bedingungen zu Verstopfungen führen - z.B. Weißmehlprodukte, Schokolade, Nudeln, Pizza u.ä. Auch rate ich von sauren und scharfen Speisen ab, die das Brennen am After noch mal verstärken. Die Patienten sollten darauf achten, was bei ihnen eher abführend wirkt, und diese Speisen meiden. Traditionell gehen die Patienten davon aus, dass „viel trinken“ gesund ist. Bei Pouchpatienten, die keinen Dickdarm mehr haben, rate ich vom vielen Trinken jedoch ab, weil dies den Durchfall eher verstärken kann. Ich empfehle, abends wenig und nicht spät zu essen, weil dies die nächtlichen Stuhlgänge verstärkt. Auch empfehle ich sehr großzügig das Loperamid - vor allem vor dem Schlafengehen.

Quellen:

Pacini D (2020) Kapitel 6: Ernährung. Iesalnieks I (Hrsg.) in Chirurgie des intestinalen Stomas. S.55-58. Springer Verlag.

Migdanis A, Migdanis I, Koukoulis GD (2023). Nutritional Considerations in Colorectal Surgery in Diverting Ileostomy Patients: A Review. Cureus. 15:e48102.



*David Achieng
Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde;
Gesundheits- und Krankenpfleger
PubliCare GmbH
Am Wassermann 20-22
50829 Köln*

Die ersten Fragen, die Patienten nach einer Stomaanlage stellen, betreffen u.a. die Ernährung. Das ist nach einer Operation am Verdauungstrakt auch naheliegend. Ich versuche meine Patienten über Kardinalprobleme aufzuklären, die mit der Ernährung zusammenhängen können. Im Allgemeinen vermeide ich das Aufzählen einzelner Nahrungsmittel, um die Beratungssituation nicht unnötig aufzublähen.

1. Mir wurde ein Colostoma angelegt, muss ich nun meine Ernährung umstellen?

Nach der Stomaanlage bekommt der Patient in aller Regel einen Kostaufbau. Schrittweise tastet sich der Patient an die Vollkost heran. Die Gefahr eines Ileus oder einer Stomablockade ist in der postoperativen Phase durch Schwellungen (z.B. durch Ödeme) gegeben, daher empfehle ich, zunächst zurückhaltend mit faserhaltigen Lebensmitteln zu sein. Langfristig ist diese Gefahr einer Blockade jedoch gering, da der Dickdarm ein großes Lumen und starke peristaltische Bewegungen besitzt.

Ich weise meine Patienten außerdem darauf hin, dass der Dickdarm Gas produziert und das Abführen dieser Gase nicht mehr kontrolliert werden kann. Durch Ernährung lässt sich die Menge an Gasen regulieren.

Eine hohe Gasproduktion ist nicht gesundheitsschädlich, jedoch kann sie dem Patienten durch die damit einhergehende Geräuschentwicklung unangenehm werden bzw. die Stomaversorgung durch Ballooning beeinträchtigen.

Ein weiterer Punkt, der in erster Linie Descendo- und Sigmoidostomieträger betrifft, ist die Stuhlkonsistenz. Wird der Stuhl zu fest bzw. hart, kann die Stomaversorgung abgehebelt werden. Ggf. kann diesem Problem durch eine Anpassung der Stomaversorgung begegnet werden (z.B. durch sternförmiges Einschneiden). Der Stuhl kann aber auch durch Erhöhung der Trinkmenge, Vermeidung stopfender Nahrungsmittel oder die Einnahme von Macrogol etwas weicher gemacht werden.

2. Mir wurde ein Ileostoma angelegt, muss ich nun meine Ernährung umstellen?

Bei einer Ileostomie ist die Beratung zu Ernährung von hoher Wichtigkeit.

Zuerst kläre ich Patienten darüber auf, dass die Konsistenz der Ausscheidung bzw. der Verlust von Flüssigkeit über das Stoma unbedingt im Auge behalten werden muss (wegen der Gefahr von Exsikkose und Nierenversagen). Das Ziel ist eine breiige Ausscheidung (vergleichbar mit Porridge). Stopfende Nahrungsmittel, wie Nudeln, Reis, Haferflocken oder Kartoffeln, können helfen, den Stuhl in diese Richtung zu regulieren. Sollte das allein nicht ausreichen, können quellende Nahrungsergänzungsmittel (z.B. gemahlene indische Flohsamenschalen) eingenommen werden. Nach ärztlicher Anordnung können Medikamente wie Protonenpumpenhemmer, motilitätshemmende Medikamente (z.B. Loperamid, tintura opii) oder Cholestyramin zur Eindickung des Stuhls beitragen. Dabei gilt es hinsichtlich der Resorption die Darreichungsform der Medikamente zu beachten. Die Trinkmenge sollte nicht erhöht werden, um Flüssigkeitsverluste auszugleichen, u.U. macht eine Trinkmengenbegrenzung auf 1,5-2 Liter Sinn. Ich schule meine Patienten auch darin, Anzeichen eines Nierenversagens zu erkennen, wenn für sie ein hohes Risiko besteht (Urinmenge < 1000ml in 24 h, stark konzentrierter Urin, Müdigkeit, Kopfschmerzen, ...). Schließlich ist durch breiige Ausscheidung das Auftreten von Leckagen und Kontaktekzemen weniger wahrscheinlich als bei flüssigem Stuhl.

Die Stomablockade ist eine weitere Komplikation, von der vor allem Ileostomieträger betroffen sein können. Diese wird durch faserhaltige Lebensmittel ausgelöst. Ich sage meinen Patienten, sie sollen bei Nahrungsmitteln vorsichtig sein, die sich im Mund kaum zerkleinern und aufweichen lassen (z.B. Orangenstücke oder die Haut von Tomaten). Das bedeutet nicht, dass diese Lebensmittel verboten sind, sondern dass sie sehr gut gekaut, entsprechend zubereitet (klein geschnitten ggf. püriert oder weich gegart) und in Maßen eingenommen werden sollten. Unmittelbar nach der Operation ist hier erhöhte Vorsicht geboten, weil das Darmlumen durch Ödembildung o.ä. verengt sein könnte. Inwiefern sich Zitrusfrüchte sauer oder eher basisch auswirken können, gilt es kritisch zu hinterfragen.

Es gibt Bestandteile des Chymus, die vor allem oder ausschließlich im terminalen Ileum oder Kolon resorbiert werden. Dazu zählen u.a. Natrium, Gallensäure und Vitamin B12.

Um Natriummangel vorzubeugen, dürfen die Mahlzeiten mehr als üblich gesalzen werden. Dem Gallensäureverlustsyndrom kann durch die Einnahme von Cholestyramin (nach ärztlicher Anordnung) vorgebeugt werden. Vitamin B12 muss evtl. substituiert werden, Kontrollen und Injektionen führt der Hausarzt durch.

Des Weiteren sollten Ileostomiepatienten viele kleine Mahlzeiten zu sich nehmen, statt wenige Große. Dies soll eine bessere Resorption von Nährstoffen ermöglichen und den Output des Ileostomas verringern. Hypo- oder Isotone Getränke sollten bevorzugt werden und nicht gleichzeitig mit den Mahlzeiten eingenommen werden. Schließlich können regelmäßige Gewichtskontrollen helfen, eine Unter- oder

Mangelernährung zu erkennen.

3. Mein Stoma wurde zurückverlegt. Kann ich jetzt das Gleiche essen wie vorher?

Nach der Stomarückverlagerung erfolgt erneut ein Kostaufbau von leicht verdaulichen Lebensmitteln bis hin zur Vollkost. Anschließend gibt es für den Patienten im Grunde keine Einschränkung, was die Ernährung angeht. Durch die Inaktivität des Schließmuskels kann es Patienten (abhängig u.a. von der Dauer der Stuhableitung) mitunter schwerfallen, den Stuhl zu halten. Diese Probleme können durch blähende und treibende Lebensmittel verstärkt werden.

Dasselbe gilt im Übrigen für Patienten mit Operationen am Rektum. Durch den Verlust der Reservoirfunktion können u.a. imperativer Stuhldrang und Stuhlinkontinenz auftreten (Stichwort LARS). Auch hier verschlimmern blähende und treibende Lebensmittel diese Probleme.

Zusätzlich zu einer Anpassung der Ernährung können z.B. Beckenbodentraining oder Irrigationen zur Besserung beitragen.

Je nachdem, wie viel vom Darm reseziert wurde, kann der Patient zu breiiger Ausscheidung neigen (Stichwort Ileoanaler Pouch). Ballaststoffreiche Lebensmittel oder quellende Nahrungsergänzungsmittel sollten treibenden und blähenden Lebensmitteln in einem solchen Fall vorgezogen werden.