

Vorsicht Reiter – Hilfsmittel oder Hindernis?

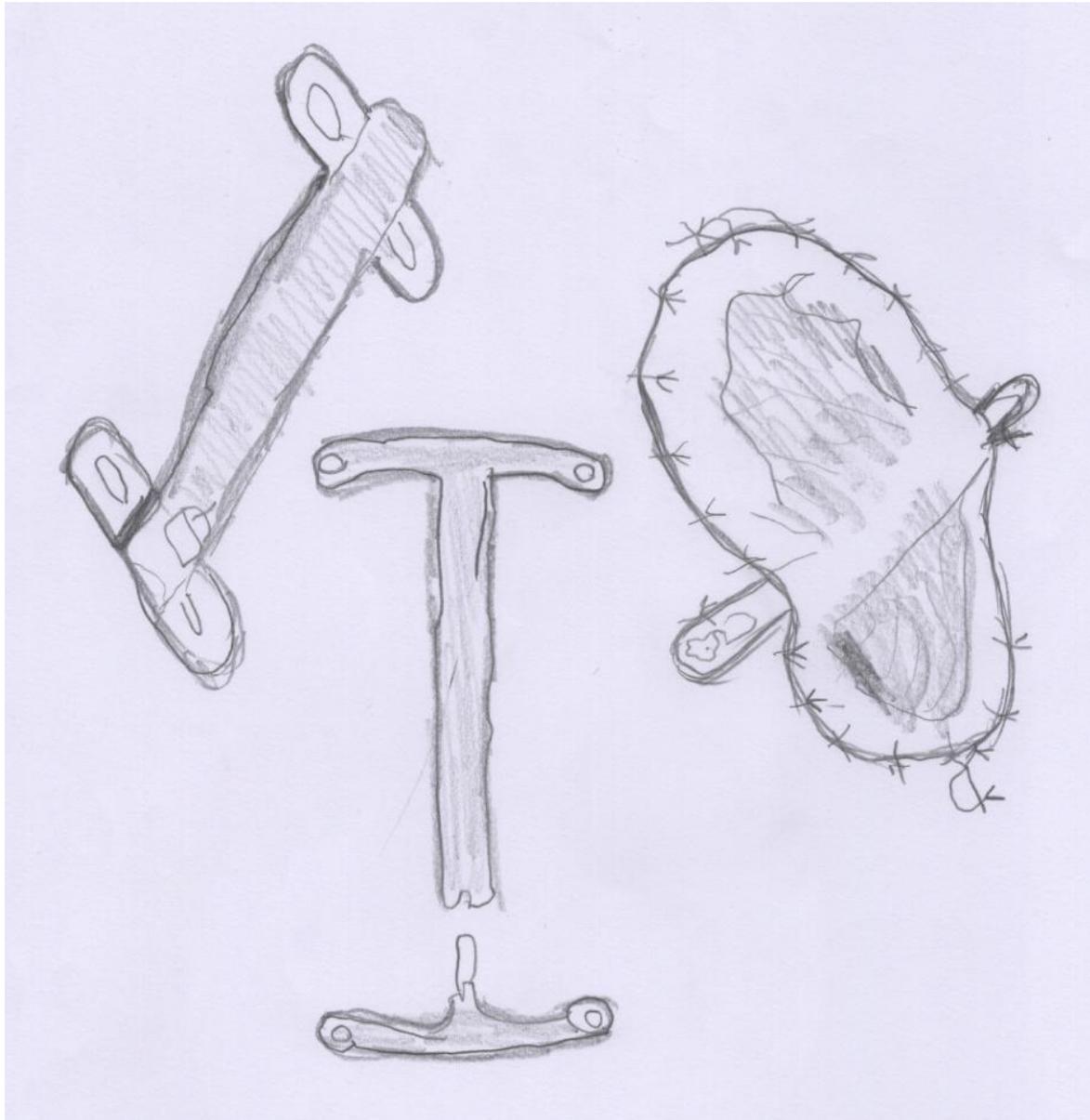


Bild: Eigene Darstellung Sabine Sell

Eine Stomaanlage ist entweder doppelläufig oder endständig. Wobei der Begriff „endständig“ nichts über die Verweildauer der Anlage aussagt. Eine endständige Stomaanlage beschreibt vielmehr, dass eine Darmschlinge während der Operation durch eine Öffnung aus der Bauchdecke gezogen und komplett durchtrennt wird. Der Darmschenkel, der Richtung Mund führt, wird fest in der Bauchwand vernäht und der Stuhlgang fließt über den sogenannten oralen Schenkel ab. Der weiterführende Teil des Darmes, der aborale Darmschenkel, wird blind verschlossen im Körper belassen, beispielsweise zum Ausheilen, oder in Abhängigkeit vom operativen Eingriff komplett entfernt. Bei einer doppelläufigen Stomaanlage wird ebenfalls eine Darmschlinge aus der Bauchdecke gezogen, jedoch ausschließlich die Darmvorderwand durchtrennt.

Somit hat das doppelläufige Stoma zwei Öffnungen, die in die Bauchwand eingenäht werden.

Der orale Darmschenkel führt den Stuhlgang nach außen ab, der aborale Schenkel führt weiter zum After, der damit ruhiggestellt ist. Je nach Klinik wird während der Operation (OP) bei doppelläufigen Stomaanlagen zwischen Darmschlinge und Bauchdecke ein Reiter eingesetzt, der das Stoma an dieser Stelle fixieren und ein Zurückgleiten in die Bauchhöhle verhindern soll.

Die Geschichte der frühen Stomachirurgie

Die ersten Aufzeichnungen über Ausleitungen des Darminhaltes beim Menschen reichen zurück bis ins Jahr 350 v. Christus. Nachdem die bis dahin geltende konservative Behandlung eines Darmverschlusses erfolglos blieb, eröffnete Praxagoras auf der griechischen Mittelmeerinsel Kos den Darm eines Menschen, entleerte den Inhalt, verschloss den Darm wieder und schuf somit einen neuen chirurgischen Eingriff. Der Ausgang dieser OP ist wissenschaftlich nicht bekannt. Im 18. und 19. Jahrhundert versuchten sich immer wieder Chirurgen an der Eröffnung des Darmes, um mit dieser neuen Operationsmöglichkeit Behandlungserfolge zu erzielen. Im Jahr 1710 schlägt Littre in Frankreich seinen ärztlichen KollegInnen vor, einem Säugling mit Analatresie ein Colostoma anzulegen. Dieser Vorschlag wurde damals jedoch nicht in die Tat umgesetzt. Der französische Chirurg Pillore realisierte diesen Eingriff dann 1776 als erste geplante Colostomie bei einem Patienten mit stenosierendem Sigmakarzinom. Dem Eingriff ging eine Therapie mit Laxanzien, Einläufen und der Einnahme von Quecksilber voraus, die jedoch nicht zum gewünschten Stuhlabgang führte. Die OP war geglückt, dennoch verstarb die zu behandelnde Person 4 Wochen nach dem Eingriff an einer Nekrose des Dünndarms aufgrund der Quecksilbereinnahme. Im Jahr 1793 ist Duret in Frankreich dann die erste Colostomie geglückt, welche längere Zeit erfolgreich überlebt wurde. Der Eingriff wurde bei einem 3 Tage alten Säugling durchgeführt, welcher an einer Analatresie litt und somit 45 weitere Jahre überleben konnte. Zu dieser Zeit kann das langfristige Überleben sicherlich als medizinischer Höhepunkt bezeichnet werden, denn nicht selten kam es bei ähnlichen Eingriffen öfter zu Komplikationen wie Perforationen bei Darmspülungen oder dem Prolaps der Stomaanlage. Der französische Chirurg Amussat fasste 1839 die Daten vorangegangener Eingriffe aus den letzten Jahren wie folgt zusammen: Es wurden 29 PatientInnen therapiert, wovon 8 Erwachsene, meistens mit einer Ileussyptomatik, und 21 Kinder mit Analatresie operiert wurden. Es überlebten 5 Erwachsene, allerdings nur 4 Kinder die OP. Als Todesursache vermutete er in allen Fällen eine Peritonitis. Um diese lebensgefährliche Komplikation zu vermeiden, benutzte er den extraperitonealen Zugangsweg über den Musculus quadratus lumborum. Somit waren die Stomaanlagen seitlich angelegt, was zum Begriff „Seitenausgang“ führte, der sich zum Teil bis ins 21. Jahrhundert hält. Diese Operationsmethode wurde für einige Zeit von vielen Chirurgen aus Europa und Nordamerika bevorzugt (Esch, a.a.O, S. 94). Der deutsche Arzt Thiersch legte 1855 die erste Transversostomie zur Entlastung nach einer Sigmaresektion mit Anastomose an. 1979 beschrieb der Chirurg Baum aus Danzig erstmalig die Anlage einer endständigen Ileostomie bei einer erkrankten Person mit einer Stenose aufgrund eines Colonkarzinoms. Auch hier verstarb der betroffene Mensch 9 Wochen nach der OP aufgrund einer Anastomosensuffizienz an einer Peritonitis (Wolf, 2016, S. 2).

Die Historie des Reiters

Mit der Veröffentlichung seiner Operationsmethode legte der Wiener Karl Maydl im Jahre 1888 die Grundlage für die Technik doppelläufiger Colostomata. Die entscheidende Neuerung in dieser moderneren Operationsmethode bestand in einer Colonschlinge, die mittels eines mit Jodoformgaze ummantelten Kautschukbolzens über der Bauchdecke gehalten wurde, um ein Retrahieren des Darmes in die Bauchhöhle zu verhindern. Dieses Hilfsmittel wurde vermutlich aufgrund seiner Form und Funktion als Reiter bezeichnet. Bei einer Colostomie, sei sie endständig oder doppelläufig, wurde der Darm manchmal während der Primär-Operation, häufiger aber auch erst nach ein paar Tagen, quer eröffnet. Zum einen wollten die damaligen Operateure die Infektionsgefahr der Stomaanlage durch Kontamination mit Stuhlgang reduzieren. Gleichzeitig jedoch hat man Verklebungen des Darmes mit der Bauchdecke forciert, um die Gefahr einer Peritonitis zu senken (Reith, 2009, S. 20). Im 19. Jahrhundert war eine zufriedenstellende Stomaversorgung technisch noch nicht möglich. Somit litten die PatientInnen unter massiven Hautirritationen, da die oft flüssige und aggressive Ausscheidung bei ständigem Hautkontakt zu Problemen führte. Erst Lauenstein konstruierte 1894 eine endständige prominente Ileostomie, damit Stuhlgang nicht permanent in Kontakt mit der Haut kam und erleichterte die Pflege und Versorgung von Stomaanlagen erheblich. Madelung legte 1884 bei einem Patienten mit Rektumkarzinom eine endständige Sigmoidocolostomie an, indem er das Colon durchtrennte, den oralen Darmschenkel aus der Bauchdecke ausleitete und den aboralen Schenkel blind verschloss, um ihn im Körper zu belassen. Dieser Technik folgten weitere erfolgreiche Colostoma-Anlagen, bis sie im Jahr 1921 von Hartmann modifiziert wurde und sich zum Teil bis zur heutigen Zeit gehalten hat. Die erste doppelläufige Ileostoma-Anlage wurde 1971 von Turnbull und Weakly beschrieben (Feil-Peter, 2001, S. 13).

Moderne Operationstechnik bei doppelläufigen Anlagen

Der auszuleitende Darmabschnitt, welcher als Stoma angelegt werden soll, wird lokalisiert. Der Darm muss spannungsfrei aus der Bauchdecke mobilisiert werden können, zumeist wird er mit einem Zügel markiert. Die Spannungsfreiheit ist enorm wichtig, da sich sonst die Gefahr der Retraktion und der Ischämie massiv erhöht. Ist der auszuleitende Darmabschnitt markiert und ausreichend mobilisiert, wird die Bauchhaut über der präoperativ markierten Stomastelle meist kreisförmig umschnitten und das subkutane Fettgewebe eröffnet. Die Durchtrittsstelle für das Stoma durch die Bauchdecke sollte bei einem doppelläufigen Ileostoma zwei bis drei Finger breit sein. In einigen Kliniken wird an dieser Stelle ein Reiter eingesetzt, der zwischen der Darmschlinge und der Bauchdecke angebracht wird (Gruber, a.a.O, S. 49). Damit soll der Darm von der Bauchwand ferngehalten werden und gleichzeitig vor dem Einsinken in den Bauchraum geschützt werden (Kelm, Urbanek, a.a.O, S. 10). Erst nach vollständigem Verschluss der Bauchdecke wird der Darm eröffnet, um eine Kontamination des Operationsgebietes mit Stuhl zu vermeiden. Hierbei wird jedoch nur die Darmvorderwand eröffnet, die Hinterwand bleibt stehen, um ein späteres Rückverlagern des Stomas zu vereinfachen (Esch, a.a.O, S. 99). Die Darmwände des Darmschenkels werden umgestülpt und prominent in die Bauchhaut eingenäht, um einen Kontakt mit aggressivem Stuhlgang zur parastomalen

Bauchhaut zu vermeiden. Die Empfehlung zur prominenten Anlage unterstützt auch die S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ (S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“, S. 131). Der Reiter kann in Absprache mit dem ärztlichen Team ab dem 2. - 3. Tag nach der Operation entfernt werden. Fäden, mit denen das Stoma in die Bauchhaut eingenäht wurde, sollten, in Anhängigkeit zum Nahtmaterial, zwischen dem 7. und 10. Tag nach der OP gezogen werden (Gruber, a.a.O, S. 49). Jedoch finden sich in der Literatur auch Operationstechniken ohne den Einsatz eines Reiters. Durch bewusst vergrößerte Prominenz der Darmschlinge soll das Absinken des Darmes zurück in die Bauchhöhle aufgefangen werden. Bei einer Überkorrektur am Dünndarm von 5 - 8 cm in Kombination mit prominent umgestülptem Darm und sorgfältiger Fixierung in der Bauchhaut kann komplett auf den Einsatz eines Reiters verzichtet werden (Reith, 2009, S. 20).

Im Blickpunkt: Der Reiter / Die Geschichte des Reiters

Eine Stomaanlage rettete früher Leben, schränkte aber möglicherweise eindeutig die Lebensqualität betroffener Menschen ein. Bis heute entwickelt sich die Stomaversorgung kontinuierlich weiter, um die Qualität der Produkte und somit das Wohlbefinden und die Integration in den Alltag für StomaträgerInnen zu verbessern. In der frühen Entwicklung der Stomachirurgie bestand das Material des Reiters aus einem Kautschukbolzen, der mit Gaze umwickelt war. Später wurde dieses Material gegen Glas, Metall und anderes ausgetauscht. In der heutigen Zeit bestehen die auf dem deutschen Markt erhältlichen Reiter aus Kunststoff und sind ca. 10 cm lang. In Material, Form und Länge unterscheiden sich die Reiter nur selten. Häufig kann man den Steg in zwei Teile trennen, zwischen Darm und Bauchwand hindurchfädeln und dann wieder zusammenfügen. Nicht immer besteht ein Reiter aus Plastik, in manchen Kliniken wird auch ein weicher, dünner Gummisteg verwendet. Auch unterschiedlich wird mit Nähten verfahren, so ist der Reiter nicht immer fest mit der Bauchhaut fixiert. Daher sollte die Existenz des Reiters, das Material und die Fixierung dokumentiert werden, damit eine mögliche Manipulation sofort erkannt und dem ärztlichen Team mitgeteilt werden kann.

Es gibt sehr wenige Aufzeichnungen über die Geschichte des Reiters, noch weniger Hinweise auf die Weiterentwicklung. Die Nachfrage aus einigen Kliniken besteht, daher wird das Hilfsmittel auch weiterhin produziert.

Jedoch geben die Hersteller an, dass bei ihren vertriebenen Reitern weder bei Material noch bei Funktionalität etwas verändert wurde. Während also auf dem Markt für Stomamaterialien seit vielen Jahren kontinuierlich das Streben nach Verbesserungen an vorderster Front steht, ist die Weiterentwicklung des Reiters ins Stagnieren geraten.

Die Vorteile des Reiters

Eine gut positionierte Stomaanlage stellt die Voraussetzung für eine komplikationslose Selbstversorgung der Stomaanlage durch die betroffene Person dar. Ist das Stoma retrahiert und liegt somit knapp auf oder gar unter dem Hautniveau, besteht die Gefahr, dass sich Stuhlgang unter die Stomaversorgung drücken und somit auf der parastomalen Haut zu Irritationen führen kann. Weitere Vorteile sind in der Fachliteratur nicht zu lesen. Wobei auffallend ist, dass beim Einsatzzweck des Reiters in der Literatur häufig das Wort „soll“ verwendet wird. Nur wenige Studien belegen, wie hilfreich der Reiter ist und ob er aufgrund erneuerter

Operationsmethoden noch verwendet werden muss oder sollte.

Herausforderungen bei der Reiterversorgung

Die vorliegenden Erfahrungen sind mittels Fragebogen unter 27 PflegeexpertInnen Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW) festgestellt worden. Um die Auswirkungen auf Menschen mit einem Stoma zu beschreiben, wurde zudem eine kurze Umfrage über die soziale Medien-Plattform „Facebook“ unter 45 Mitgliedern der Stoma-Selbsthilfegruppe „Beuteltiere“ initiiert.

Häufigkeit bei der Verwendung

Zunächst stellt sich die Frage, wie häufig ein Reiter überhaupt eingesetzt wird. Laut Umfrage, bei denen explizit StomaträgerInnen mit doppelläufigen Anlagen befragt wurden, ist mit großer Mehrheit die Antwort, dass ein Reiter verwendet wurde. Die Antworten geben einen ersten Eindruck, dass das Thema ‚Reiterversorgung‘ auch

bei PatientInnen weiterhin aktuell und wichtig ist.

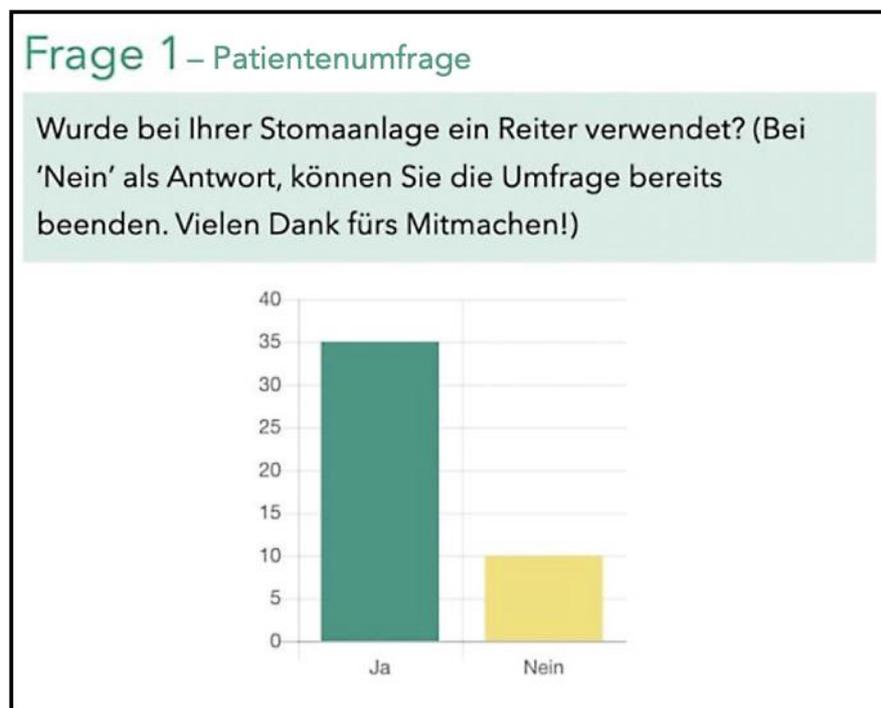


Abb. 1: Eigene Darstellung Sabine Sell

Um die Erfahrungen in der bisherigen Betreuung abzubilden, wurden PE SKW befragt, ob bereits eine Versorgung mit einem Reiter durchgeführt wurde. Die Mehrheit gibt an, bereits Kontakt mit dem Hilfsmittel gehabt zu haben. Auffallend ist jedoch, dass immerhin 30 % der befragten Personen noch keine praktische Erfahrung im Umgang mit einem Reiter haben.

Frage 1 – PflegeexpertInnen SKW

Hatten Sie schon einmal Personen in der Versorgung, deren Stomaanlage mit einem Reiter angelegt war?

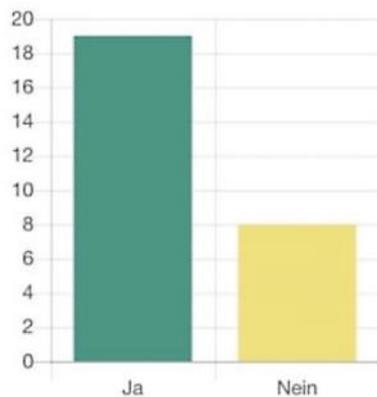


Abb. 2: Eigene Darstellung Sabine Sell

Einige Fachkräfte sind aufgrund dessen auf die Fachliteratur angewiesen oder können im Bestfall vom empirischen Praxiswissen anderer KollegInnen profitieren. Interessant ist die Tatsache, dass der Einsatz des Reiters offensichtlich nachlässt. Immerhin geben >70% der Befragten an, dass in ihrer betreuten Klinik üblicherweise kein Reiter mehr eingesetzt wird. Das erklärt, warum einige Pflegefachkräfte den Reiter in der postoperativen Phase nicht kennen.

Im Verlauf des Fragebogens wurden PE SKW befragt, ob ihnen die Gründe bekannt sind, weshalb in der betreuten Klinik der Reiter eingesetzt oder nicht mehr verwendet wird. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Begründung für den Einsatz nicht bekannt ist. Dennoch gaben 11% der Befragten an, dass der jeweilige Standard der Klinik beziehungsweise des operierenden ärztlichen Teams ein Grund für die Verwendung des Reiters wäre. Weiterhin wurde erläutert, dass neue Operationsmethoden und das direkte Einnähen des Stomas in die Bauchhaut die Verwendung des Reiters überflüssig machen würden. Dass der Reiter bei zumeist adipösen PatientInnen notwendig ist, dessen ausgeleiteter Darmabschnitt unter Spannung steht und daher zusätzlich fixiert werden sollte, deckt sich mit Aussagen aus der Fachliteratur (Wolf, a.a.O, S. 10 f). Wohl eher als persönliche Meinung zu werten sind die beiden Antworten, dass Versorgungsprobleme den Nutzen des Reiters überwiegen würden und daher kein erkennbarer Vorteil aus dem Einsatz des Hilfsmittels zu ziehen sei.

Frage 6 – PflegeexpertInnen SKW

Kennen Sie die Begründung, weswegen in Ihrer Klinik der Reiter eingesetzt oder eben nicht eingesetzt wird?

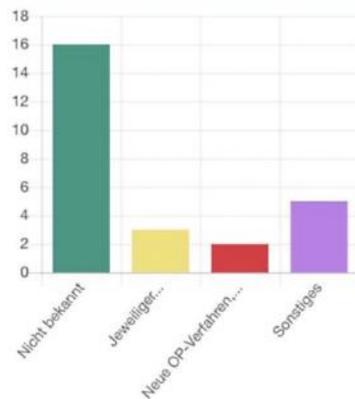


Abb. 3: Eigene Darstellung Sabine Sell

Passende Stomaversorgung

Im Bereich der Reiterversorgung kann allerdings klar festgestellt werden, dass es keine generell passende Stomaversorgung für den postoperativen Einsatz mit diesem Hilfsmittel gibt. Hier muss also eine individuelle Versorgung geschaffen werden, was im Prinzip bedeutet, dass kreativ gearbeitet werden muss, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Dies bestätigen auch die Teilnehmenden unter den PflegeexpertInnen des Fragebogens. Hier heißt es zu jeweils 18%, dass es zu Problemen beim Ausschneiden der Stomaversorgung und daraus resultierenden Herausforderungen einer zu groß gewählten Versorgung kommt.

Die PflegeexpertInnen SKW raten sich untereinander, den sogenannten Post-OP-Beutel in der Versorgung weiterhin zu verwenden, um die Vorteile des großen Durchmessers in Verbindung mit möglichst viel Hautschutz nutzen zu können. Gleichzeitig bietet dies den Vorteil, dass der Beutel zumeist nicht so flach wie ein herkömmlicher Einteiler ist und zudem von oben mehr Platz für den Reiter bietet. Ein weiterer hilfreicher Tipp ist, die Stomaplatte stern- oder kreuzförmig einzuschneiden, um eine größere Flexibilität beim Anbringen zwischen Reiter und parastomaler Haut zu erzeugen. Die große Herausforderung beim Zuschnitt der Stomaversorgung ist, dass die Basisplatte zwischen Reiter und Bauchhaut passt, den Sitz des Reiters nicht manipuliert und gleichzeitig noch so abdichtet, damit die Ausscheidung nicht mit der parastomalen Haut in Berührung kommt. Um Hautirritationen durch Feuchtigkeit oder Stuhlgang mit der Haut zu vermeiden, empfehlen PflegeexpertInnen SKW, einen Hautschutzring zu verwenden.

Frage 5 – PflegeexpertInnen SKW

Welche Tipps können Sie anderen PSKWs zur Versorgung für Stomaanlagen mit Reiter geben?

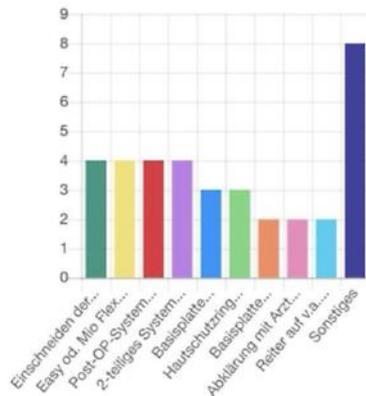


Abb. 4: Eigene Darstellung Sabine Sell

Zudem bietet es sich an, die Trägerfolie der Platte an einer Stelle halb abzuziehen, durchzuschneiden und wieder aufzubringen, um die Stomaversorgung gut unter den Reiter bewegen zu können. Daraufhin kann die Platte an Ort und Stelle gebracht werden, um folgend die Trägerfolie komplett zu entfernen. Dieser Trick kann dabei helfen, damit die Platte nicht vor der korrekten Positionierung an der Haut haften bleibt. Eine Manipulation am mit Fäden fixierten Reiter gilt es zwingend zu vermeiden. Eine weitere Möglichkeit in der Versorgung stellt ein Zweiteiliges System mit einer Klebekopplung dar.

Unsicherheit im Umgang

Dass Unsicherheit nicht nur bei den versorgenden Fachkräften, sondern auch bei den PatientInnen eine große Rolle spielt, spiegelt sich auch bei der Auswertung der Umfrage wider.

Immerhin 38% der befragten StomaträgerInnen geben an, dass eines der Hauptprobleme bei der Versorgung mit dem Reiter die Unsicherheit mit der Situation war.

Frage 3 – Patientenumfrage

Wurden Sie darüber aufgeklärt, wieso ein Reiter verwendet wurde?

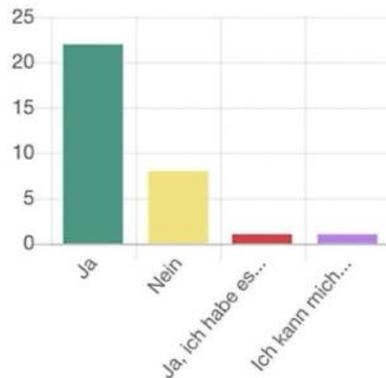


Abb. 5: Eigene Darstellung Sabine Sell

In dem Zuge ist positiv hervorzuheben, dass 68% der Umfrageteilnehmenden darüber aufgeklärt wurden (wann aufgeklärt? Präoperativ/Postoperativ), dass ein Reiter verwendet wurde/wird.

Über die Qualität der Aufklärung lässt sich zwar nur spekulieren, deutet aber an, dass die Adhärenz der zu versorgenden Personen hoch war. Trotz allem finden sich auch hier acht Personen, die nicht über den Sinn und Zweck der Verwendung eines Reiters aufgeklärt wurden. Kommt in dem Zuge Unsicherheit beim Personal durch fehlendes Fach- oder Praxiswissen in der Stomaversorgung mit einem Reiter hinzu, kann dies eine unvorteilhafte Kombination für den Start in ein Leben mit Stoma darstellen.

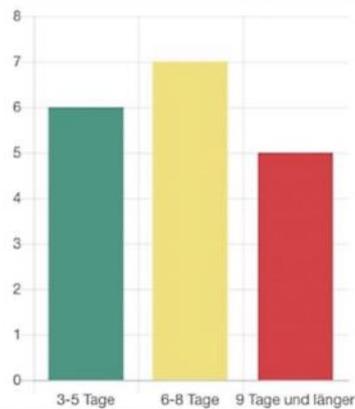
Fehlende Anleitung durch PflegeexpertInnen Stoma, Kontinenz und Wunde

Nebendem geben 7% der befragten PatientInnen an, keine ausreichende Anleitung durch die zu versorgende PE SKW erhalten zu haben. Dabei ist die Anleitung im Gebrauch der neuen Hilfsmittel eine der wichtigsten Aufgaben auf dem Weg zur Selbständigkeit der Betroffenen und gehört zur Rehabilitation. Durch die Verkürzung der Liegezeiten in den Kliniken wird deutlich, wie schwierig es für PatientInnen und PE SKW wird, eine Selbstversorgung zu gewährleisten, wenn ein Reiter die Möglichkeit der Anleitung noch zusätzlich erschwert.

Eine adäquate Anleitung kann oftmals erst stattfinden, nachdem der Reiter entfernt wurde. Während der Verweildauer des Reiters ist die Gefahr der Manipulation zu groß, da die Möglichkeit einer Verletzung der Nähte sowie zusätzlichem Druck besteht. Um die zu versorgende Person dennoch auf die Stomaversorgung vorzubereiten, empfehlen PE SKW „Trockenübungen“. Das bedeutet, dass sich die Betroffenen zumindest mit dem Material auseinandersetzen und theoretisch lernen, was später zu tun ist. Gegebenenfalls besteht die Möglichkeit an einem Modell zu

Frage 3 – PflegeexpertInnen SKW

Wie lange ist die durchschnittliche Verweildauer des Reiters, bis er entfernt wird?



üben. Kommt es im Verlauf der postoperativen Phase zu Hautirritationen, vermehrten Undichtigkeiten oder Schmerzen, sollte mit dem ärztlichen Team besprochen werden, ob bzw. zu welchem Zeitpunkt eine Entfernung des Reiters möglich ist.

Abb. 6: Eigene Darstellung Sabine Sell

Druckstellen

Je nachdem, welches Reitermaterial verwendet wurde, kann es zu Druckstellen an der peri- und parastomalen Haut kommen. Grundsätzlich soll der Reiter gut fixiert an einer Stelle bleiben und möglichst wenig Spiel haben, um Manipulation auszuschließen und das versehentliche Verrutschen zu vermeiden. Daher liegt die Vermutung nahe, dass bei der Verwendung eines starren Reiters die Gefahr für eine Druckstelle auf der Haut eher gegeben ist.

Die parastomale Haut unter dem Reiter lässt sich oftmals nur schwer reinigen, verbleibende Feuchtigkeit und/oder Ausscheidung auf der Haut kann zusätzlichen Schaden anrichten.

Postoperatives Stomaödem

Ein Ödem an der Schleimhaut tritt sehr häufig nach Stomaneuanlage auf (Gruber, a.a.O, S. 204). Als Ursachen hierfür sind häufig die Manipulation am Darm wie auch die Spannung der Darmschlinge über dem Reiter beschrieben. Eine Besserung des Ödems als Frühkomplikation tritt meist nach Entfernung des Reiters ein, häufiger jedoch 10 - 14 Tage nach der Operation (Wolf, a.a.O, S. 15).

Nekrose

Wird die Darmschlinge unter zu viel Spannung aus dem Körper ausgeleitet und bleibt auf dem Reiter liegen, kann es unter Umständen zu einer Minderdurchblutung der Darmschleimhaut und somit zur Nekrose kommen.

Unglücklicherweise ist genau dies die Indikation für die Verwendung eines Reiters. In der Literatur wird diskutiert, ob bei adipösen PatientInnen der Einsatz eines Reiters vorzuziehen ist (Wolf, a.a.O, S. 37). Es ist davon auszugehen, dass hier die Darmschlinge durch den weiteren Weg durch die Öffnung und die dickere Bauchdecke länger ist und die Gefahr der Retraktion des Darmes erhöht ist. Aus diesem Grund nutzen viele OperateurInnen einen Reiter, um ein Einsinken des Darmes zu vermeiden. Jedoch steigt damit auch das Risiko für eine Darmwandnekrose aufgrund des Druckes durch den Reiter. Wichtig ist hier die Beobachtung des Darmes auf Anzeichen einer Minderdurchblutung bzw. Verfärbung der Schleimhaut. Besteht bereits ein postoperatives Stomaödem ist zusätzliche Vorsicht geboten und dringende Rücksprache mit dem ärztlichen Team zu halten.

Sonstige Komplikationen

Da es keine standardisierte Stomaversorgung für die Verwendung mit einem Reiter gibt, können hier häufig Hautirritationen auftreten. Gibt es keine Handlungsanweisung und/oder hat die versorgende Person keinerlei oder nur wenig Erfahrung im Umgang mit dieser Situation, ist sie auf „learning by doing“ angewiesen. Ist die Stomaversorgung undicht, muss die Versorgung erneut angepasst werden. Das hat meistens zur Folge, dass die peri- und parastomale Haut mit Stuhlgang in Berührung kommt und es zu Hautirritationen kommen kann. Aufgrund der erschwerten Versorgbarkeit, insbesondere bei Verwendung eines starren Reiters, ist das eine traumatische Situation für PatientInnen, die gleich mit einem negativen Gefühl in die Versorgungssituation starten. Für zusätzliche Schmerzen in Verbindung mit dem Reiter gibt es keine Evidenz.

Aus Sicht der zu versorgenden Person ist die Entlassung mit dem Reiter mit ziemlicher Sicherheit eine weitere Komplikation, obwohl sie als solche nicht in die Fachliteratur aufgenommen wurde. Wird eine Entlassung aus der Klinik mit einem Reiter vorgenommen, bedeutet dies für StomaträgerInnen, dass bisher vermutlich keine oder nur eine sehr eingeschränkte Anleitung stattgefunden hat. Hier muss gut geplant sein, wann der Reiter entfernt wird, und eine zeitnahe Anleitung muss organisiert werden. Eine passende Stomaversorgung kann in dieser besonderen Situation gewiss nicht gefunden werden, womit sich die Rehabilitationsphase des Betroffenen unnötigerweise verlängert. Zudem sollte sich im Besonderen kritisch anhand der vorhandenen Strukturen die Frage gestellt werden, von welchen AkteurInnen die Stomaversorgung mit einem Reiter in der Häuslichkeit gewährleistet wird? Der Hausarzt kann das nicht leisten! Die häusliche Krankenpflege muss oftmals selbst seitens der Betroffenen finanziert werden und Nachversorgende stehen beratend zur Seite.

Evidenz zur Verwendung des Reiters & neue OP-Techniken

Wie bereits eingangs erwähnt, gibt es kaum Evidenz über den Nutzen des Reiters

als chirurgisches Hilfsmittel. Dennoch gewinnt das Thema in der jüngeren Vergangenheit mehr an Stellenwert, sodass vermehrt Studien untereinander verglichen und zusammengefasst werden, meist in der englischen Literatur. Gleichzeitig wurden neuartige Operationsmethoden entwickelt und auf Durchführbarkeit und Sinnhaftigkeit geprüft.

Vijaykumar et al. haben eine Studie über eine neue Technik der Loop-Ileostomie-Anlage mit einem Absaugkatheter als Reiter veröffentlicht. Hier wurden 45 PatientInnen mit einem weichen, geschlossenen Katheter 16 oder 18 CH versorgt, der subkutan etwas entfernt des Stomas eingenäht wurde. Die Reiter wurden dabei zwischen dem 9.-15. Tag postoperativ entfernt, der Durchschnitt lag bei 11 Tagen. Die Auswertung der Studie ergab, dass es zwar Hautirritationen gab, die allerdings peri- und parastomal auftraten, nicht jedoch an den Austrittsstellen des Reiters. Einen großen Vorteil dieser Operationsmethode sehen die AutorInnen in der sofortigen Versorgbarkeit, da durch den subkutan eingenähten Reiter Platz für eine reguläre Stomaversorgung ist. Im Zuge dessen gibt es weniger Leckagen und eine höhere Akzeptanz unter den PatientInnen. Gleichzeitig sei diese Methode kostengünstig, ohne großen Aufwand und daher sicher für das operierende ärztliche Team (Vijaykumar, 2014, S. 67ff).

Eine weitere OP-methode wird in einer Studie von Scarpa et al. aufgeführt. Hier wird ein Absaugkatheter zu einem Ring genäht, was zur Vermeidung peristomaler Druckgeschwüren beitragen soll. Weiterhin sollen häufigere Wechsel der Stomaversorgung reduziert werden. Insgesamt wurden 33 PatientInnen beobachtet, wovon 13 mit einem herkömmlichen, starren Reiter und 20 Ileostomata mit der neuen Technik angelegt wurden. Das Ergebnis ist eindeutig, denn während bei der neueren Operationsmethode 40 % der Fälle keinerlei Komplikationen aufwiesen, gab es unter dem starren Reiter 61 % Druckgeschwüre. Somit kann festgehalten werden, dass die PatientInnen mit dem neuartigen Reiter weniger Anleitung durch PE SKW benötigen, weniger Versorgungswechsel durchgeführt werden mussten und es somit eine kostengünstigere Operationsmethode darstellt (Scarpa, 2006, S. 149-154).

Studienlage

Eine randomisierte Studie zur Verwendung des Reiters, um Stomaretraktionen zu vermeiden, wurde von Speirs et al. veröffentlicht. Sie sehen in der Literatur wenige Beweise, die Praxis in der Verwendung von Reiter zu unterstützen und haben 60 PatientInnen mit und ohne Reiter 3 Monate bis zur geplanten Stomarückverlagerung betreut. Dabei konnte festgestellt werden, dass es keine Unterschiede bei der Retraktionsrate gibt.

Die Studienleitung schlussfolgert, dass ein Absinken des Stomas ungewöhnlich ist, wenn das Loop-Ileostoma gut angelegt ist und der Einsatz eines Reiters als Routine überflüssig ist (Speirs, 2006, S. 484).

Recht umfassende Ergebnisse zum Nutzen eines Reiters bei doppelläufigen Ileostomieanlagen stammen aus dem Jahr 2016 und sind von Wolf in Marburg gesammelt worden. Hier wurde über 14 Jahre eine retrospektive Datenanalyse durchgeführt, wobei 287 Fälle untersucht wurden, ob der Reiter das Absinken des Stomas signifikant verhindert. Nachdem 7 Jahre beobachtet werden konnte, dass unter Verwendung eines Reiters postoperativ Komplikationen im Heilungsverlauf

auftraten, wurde in der Klinik auf den Einsatz des Reiters verzichtet. Durch die Datenanalyse aus den folgenden 7 Jahren ohne Verwendung des Reiters lässt sich schließen, dass es keine signifikanten Unterschiede bei der Retraktionsrate gibt. Während der Verwendung des Reiters war eindeutig zu beobachten, dass mit 30% die muko-kutane Separation als häufigste Komplikation zu beobachten war, welche meist peristomal an den gleichen Stellen auftrat. Die Komplikationsrate konnte auf 17% gesenkt werden, nachdem der Reiter nicht mehr verwendet wurde. Abschließend wurde festgestellt, dass deutlich weniger reiterbezogene Stomakomplikationen bei der Verwendung ohne Reiter verzeichnet wurden. Somit sieht Wolf die Nutzung eines Reiters im Sinne der Vermeidung einer Stomaretraktion als nicht berechtigt, fordert allerdings auch weiterführende randomisierte Studien, um diese Theorie zu untermauern (Wolf, a.a.O, S. 36).

Einen der neuesten Überblicke über die Frage, ob ein Reiter eine Stomaretraktion verhindern kann, verschafften sich Gachabayov et al. im Jahr 2020. Sie zogen eine Metaanalyse aus 228 englischsprachigen, randomisierten Studien, die im Zeitraum von 1990 bis 2020 auf medizinischen Suchmaschinen wie PubMed veröffentlicht wurden. In 194 Fällen mit Verwendung des Reiters zeigte sich eine Stomaretraktionsrate von 3,1% und in 198 Fällen ohne Reiter jedoch ebenfalls eine Rate von 4,5%. Die Nachbeobachtung über 3 Monate zeigte also keine signifikante Erhöhung. Somit kann festgestellt werden, dass der Reiter das Einsinken des Stomas nicht verhindert.

Die AutorInnen fordern auch hier mehr Studien, damit ChirurgInnen bessere evidenzbasierte Entscheidungen treffen können (Gachabayov, 2020, S. 24-29).

Resümee - Die Zukunft des Reiters ist nicht einfach vorherzusagen

Durch die Vermeidung des Reiters könnten einige Komplikationen wie Hautirritationen, Druckgeschwüre und Nekrosen, deutlich verhindert werden. Gleichzeitig wäre die Anleitungssituation für StomaträgerInnen um ein Vielfaches vereinfacht und nicht zusätzlich durch Unsicherheit mit dem Umgang des Reiters einhergehen. Ich bin schlicht davon überzeugt, dass ein Vermeiden des Reiters sich positiv auf die Rehabilitation des Betroffenen auswirken würde. Viele ChirurgInnen verteidigen die Verwendung weiterhin mit der Begründung, dass Adipositas oder ein schlecht mobilisierbarer Darmabschnitt den Einsatz zwingend notwendig machen würde. Diese Argumentation ist zu verstehen, allerdings schlecht weder zu be- noch widerlegen. Hierfür fehlt es schlicht an aussagekräftigen Studien, um die Evidenz des Reiters zu belegen. Ich finde es großartig, dass in den letzten Jahren die Verwendung hinterfragt wird und einige Kliniken bereits auf den Reiter verzichten. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass der Einsatz des Reiters sich noch großer Beliebtheit erfreut.

Es ist zu hoffen, dass sich die Waagschalen verändern und die zukünftigen doppelläufigen Stomaanlagen prominent vernährt werden, sodass der Reiter als Hilfsmittel überflüssig wird. Die eindeutigen Vorteile wären die schnellere Rehabilitation der PatientInnen, die bessere Versorgung der Stomaanlage und die Sicherheit beim versorgenden pflegerischen Personal. Dies passiert alles zum Wohle der PatientInnen.

Literaturverzeichnis

Deutsche Krebsgesellschaft (2019): Leitlinienprogramm Onkologie. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1. Online-PDF (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-007OLI_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf), Zugriff am 19.7.22 um 13:31 Uhr.

Esch, Marie (2005): Stomatherapie: Anleitung, Beratung, Pflege. Kohlhammer, Stuttgart.

Feil-Peter, Henriette (2001): Stomapflege. Enterostomatherapie: Stoma- und Wundversorgung. Hannover, Schlütersche.

Gachabayov M, et al. (2020): Does an Ileostomy Rod Prevent Stoma Retraction? A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. In: Wound Management & Prevention, Nr. 66.

Gruber, Gabriele (2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Springer, Berlin 2017.

Kelm, C., Urbanek, E. (2004): Enterostomata: Indikationen, Anlagetechniken, Komplikationen. Online-PDF (https://web.archive.org/web/20070928230204/http://www.wund.info/vortraege/vortrag_dr_kelm.pdf), Zugriff am 18.7.22 um 14:42 Uhr.

Reith, Bernd (2009): Doppelläufige Enterostomata. Anlagetechniken ohne Reiter. In: Magsi Magazin, 2009, Nr. 51.

Scarpa, Marco et al. (2006): Rod in loop ileostomy: just an insignificant detail for ileostomy-related complications?. In: Langenbeck's Archives of Surgery, Nr. 392.

Speirs, M, et al. (2006): Ileostomy rod: is it a bridge too far? In: Colorectal disease, Nr. 8.

Vijaykumar1, Hosamath et al. (2014): A Study of New Technique of Loop Stoma Bridge in Tertiary Care Hospital. Online-PDF (https://statperson.com/uploads/4_1_17.pdf), Zugriff am 19.7.22 um 14:46 Uhr.

Wolf, Andrej (2016): Nutzen eines Reiters bei einer Anlage eines doppelläufigen Ileostomas. Eine retrospektive Datenanalyse über 14 Jahre. Online-PDF (<https://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2016/0202/pdf/daw.pdf>), Zugriff am 18.7.22 um 15:05 Uhr.



Sabine Sell
sabine.sell@icloud.com
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz
und Wunde;
Gesundheits- und Krankenpflegerin