

Versorgung parastomaler Hernien

Zusammenfassung

Eine der häufigsten Komplikationen nach der operativen Stomaanlage ist die parastomale Hernie. Die Inzidenz der parastomalen Hernie liegt bei 40–50%^[1]. Bei dieser Komplikation liegt das besondere Augenmerk auf der speziellen Beratung, Pflege und Betreuung des Patienten. Die Bedeutung der Beratung durch Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde ist in dieser speziellen, individuellen Versorgung mit den richtigen Versorgungsprodukten enorm und für die Rehabilitation des Betroffenen unverzichtbar. Die Kommunikation zwischen Patient, Arzt und Stomatherapeut ist von großer Wichtigkeit. In diesem Beitrag werden die komplexen Zusammenhänge von Prävention und Versorgung der parastomalen Hernien erläutert.

Schlüsselworte: *parastomale Hernie, Komplikation, Beratung, Prävention*

Abstract

One of the most common complications after stoma formation is the parastomal hernia. The incidence of the peristomal hernia is between 40–50%^[1]. The special focus in this complication is on consultancy, care and support for the patient. The importance of the consultancy of nurse experts for stoma-, incontinence- and wound-care is high and in this special and individual situation necessary with the right medical devices for the rehabilitation of a patient. The communication between patient, doctor and nurse care specialist is very important. In this article the complex coherencies of prevention and treatment of peristomal hernias would be elucidated.

key-words: *peristomal hernia, complications, education, prevention*

Die parastomale Hernie

Definition

Eine parastomale Hernie ist der Austritt von Darmanteilen durch eine Bauchwandlücke neben (= para) dem Stoma. Ein Bruch weist drei Merkmale auf. Die Bruchpforte (Schwachstelle in der Wandung der Bauchhöhle) ist die Voraussetzung für die Entstehung einer Hernie. Durch den erhöhten intraabdominellen Druck, z. B. beim Husten, weichen die tragenden Bauchwandschichten soweit auseinander, dass eine Vorwölbung der Bauchwand, der Bruchsack resultiert. Im parastomalen Bereich wölbt sich die Bauchdecke unterschiedlich stark nach vorn. Die Bruchpforte lässt sich palpieren. Der Bruchsack ist im Inneren mit Peritoneum ausgekleidet und enthält den Bruchinhalt (z. B. einen Zipfel des großen Netzes oder Darmschlingen). Die parastomale Hernie ist eine Sonderform der Narbenhernie. Es gibt noch eine unechte Form der parastomalen Hernie. Diese weist keine Faszienlücke auf, und die Wölbung der Bauchwand nach außen resultiert aus dem schwachen Bindegewebe. Sie wird konservativ therapiert.

Risikofaktoren

Die häufigsten patientenbezogenen Risikofaktoren sind Adipositas, COPD,



Manuela Schönemann

Wundinfektionen, Alter und Immunsuppression. Der einzige unabhängige Risikofaktor ist der Bauchumfang. Ist dieser größer als 100 cm, steigt das Risiko einer parastomalen Hernie auf 75%^[2].

Ursachen

Ursachen für eine parastomale Hernie können eine chirurgisch zu groß oder zu klein angelegte Durchtrittspforte sein. Bindegewebsschwäche, zu schweres Heben über 10 kg und eine in der Laparotomienarbe erfolgte Anlage gelten als begünstigende Faktoren. Überbeanspruchung der Bauchdecke (Gewichtszu- bzw. abnahme), erhöhter intraabdominaler Druck sowie eine Stomaanlage außerhalb des M. rectus abdominis sind ebenfalls mit dem Auftreten von parastomalen Hernien assoziiert.

Folgen

Die daraus resultierenden Folgen können eine Wölbung der Bauchdecke nach ventral sein. Die Bruchpforte in der Faszie lässt sich durch eine Palpation lokalisieren. Abdominelle Schmerzen können dabei auftreten. Der Patient sollte hinreichend über die Komplikationen aufgeklärt werden. Wenn es akut zu stark einsetzenden Schmerzen kommt, kann es sich um eine Inkarzeration handeln. Der Patient sollte sich daraufhin schnellstmöglich in ärztliche Behandlung begeben.

Therapie der parastomalen Hernie

Operative Therapieoption

Die operative Therapieeskalation erfolgt beim Auftreten von Inkarzeration, Ileus, Schmerzen und bei einer problematischen Stomaversorgung. Sie beinhaltet die Neuanlage des Stomas mit Netzeinlage oder eine lokale Faszienreparatur mit Netzeinlage. Die alleinige lokale



Faszienreparatur gilt als obsolet, da die Rezidivrate sehr hoch ist. Offene Operationsverfahren zeigen uneinheitliche Ergebnisse, die sich schlecht belegen lassen, weil nur wenige Studien vorliegen. Die Schlüssellochtechnik und das Verfahren nach Sugarbaker sind ebenfalls mit hohen Rezidivraten belastet. Signifikant bessere Ergebnisse erzielt die Sandwich-Technik bezüglich der Rezidivrate, die hier bei ca. 2% liegt^[3]. Bei dieser Methode wird laparoskopisch in traperitoneal ein Netz eingelegt. Es gibt noch ein konventionelles Operationsverfahren, das sogenannte Sublay-Netz. Der Vorteil besteht in diesem Fall darin, das sich kein Kontakt zum Darm aufbaut, weniger Serome und kaum Strikturen auftreten. Die Rezidivrate beträgt bei diesem Verfahren ca. 15%^[4].

Konservative Möglichkeiten

Aktuelle Empfehlungen zur symptomfreien parastomalen Hernien präferieren die konservative Therapie, die das Tragen einer Bandage vorsieht. Unter-

stützend sollten die Patienten gezieltes Bauchmuskeltraining durchführen. Die Patienten sollten möglichst keine Lasten über 10 kg heben und tragen.

Pflegerische Möglichkeiten

Die pflegerischen Maßnahmen bestehen in der richtigen und fachgerechten Beratung und Betreuung des Patienten. Es stehen hierfür viele Hilfsmittel zur Verfügung. Die Auswahl jedoch stellt ein Problem dar, bis eine adäquate Versorgungslösung für den Patienten gefunden ist. Daher ist es wichtig, mit dem Patienten ein Gespräch über seine Gewohnheiten und Aktivitäten zu führen.

Versorgung mit Bandagen

Eine Bandage, die eine spezielle Stomaöffnung aufweist, ist dann zu empfehlen, wenn eine Wölbung der Bauchdecke besteht. Es gibt zwei verschiedene Arten von Bandagen. Ein industriell gefertigtes Modell, sowie die maßgeschneiderten Bandagen. Die Bandagen müssen ärzt-

lich verordnet werden. Diese Bandagen müssen nicht nachts getragen werden. Sie sollten im Liegen angezogen werden, damit sich keine Darmschlingen im Bruchsack befinden. Die Stomaversorgung ist über der Bandage zu tragen. Es ist mit jedem Patienten gemeinsam zu entscheiden, welche Bandage die sinnvollste und tragbarste für ihn ist. Eine gute Lösung ist gefunden, wenn der Patient die Bandage trägt und die Bandage nicht im Schrank liegt. Nach erfolgter Hernienoperation ist immer eine Bandage zutragen, da die Bindegewebsschwäche nicht behoben ist und jederzeit wieder eine Hernie auftreten kann.

Vorteile der maßgeschneiderten Stomabandage

Die exakte Anpassung an jede Körperform und die lange Haltbarkeit durch strapazierfähiges Material sind die größten Vorteile der maßgeschneiderten Bandage. Zudem haben die Bandagen hautfreundliche und atmungsaktive

Eigenschaften. Zusätzlich sind eingearbeitete, regulierbare Verschlüsse im Rücken und Vorderteil vorhanden.



Nachteile der maßgeschneiderten Stomabandage

Die Bewegungseinschränkungen durch die starren Stabilisierungselemente sind nicht unerheblich. Es bestehen längere Lieferzeiten, und es ist mindestens eine Anprobe notwendig, um die richtige Passform zu finden.

Vorteile der industriell gefertigten Stomabandage

Die kürzeren Lieferzeiten, geringerer Arbeitsaufwand und damit geringere Erstanschaffungskosten sind bei der heutigen Krankenkassenlage nicht zu ignorieren. Durch das relativ flexible Material ist die Akzeptanz bei den Patienten größer. Die prophylaktische Anwendung bei körperlicher Anstrengung ist möglich.

Nachteile der industriell gefertigten Stomabandage

Eine individuelle Anpassung ist nicht vollständig möglich, da die Bandagen vorgefertigt werden. Es besteht ein eingeschränkter Einsatz bei ausgeprägten Hernien und abweichenden Konstitutionstypen. Die Klettverschlüsse unterliegen hohen Verschleißerscheinungen und kratzen auf der Haut.

Versorgungsmaterial

Es sollten keine konvexen Versorgungsmaterialien verwendet werden, da die Druckerhöhung auf der parastomalen Haut zu einer Minderdurchblutung führt. Weiche flexible Versorgungen (einteilige Versorgung) unter einer Ban-

dage erzielen die besten Resonanzen durch die Patienten. Bei einer zweiteiligen Versorgung sollte ein untergreifbarer Rastring vorhanden sein. So kann der Beutelwechsel ohne Abnahme der Bandage erfolgen. Eine breite Auflagefläche der Basisplatte mit eventuellem Pflasterrand bietet eine sichere Stomaversorgung. Der Pflasterrand sorgt für eine bessere Adaptation mit der flexiblen Klebefläche an die Wölbung.

Risikominimierung

Durch eine präoperative Stomamarkierung lässt sich das Risiko der Hernienentstehung reduzieren. Die Stomaanlage sollte innerhalb des M. rectus abdominis liegen. Der Patient sollte auf schweres Heben und Tragen von Lasten über 10 kg verzichten. Übungen zur Stabilisierung der Bauchmuskulatur werden empfohlen. Es bedarf einer guten Anleitung durch den Physiotherapeuten. Die Entscheidung zu einer chirurgischen oder konservativen Therapie erfolgt im optimalen Fall gemeinsam durch den Arzt, den Patienten und den Stomatherapeuten. Als Stomatherapeut sollte man den Patienten beratend zur Seite stehen und die Vor- und Nachteile der einzelnen Therapien erläutern.

Zusammenfassung

Aufgrund der hohen Patientenzahlen mit parastomalen Hernien ist es wichtig, eine ausführliche Anamnese zu erheben. Weiterhin ist die gründliche Aufklärung des Patienten für eine adäquate Versorgung obligat. Dabei sind in der Regel Geduld und Akzeptanz des Patienten erforderlich, um die verschiedenen Materialien auszuprobieren. Hier ist der Patient als ein Individuum zu sehen, für den es keine Standardlösung gibt. Es gibt viele verschiedene Ansätze, eine parastomale Hernie zu behandeln. Bei den operativen Lösungsansätzen ist der Arzt der Ansprechpartner. Bei den pflegerischen Problemen sollte der Stomatherapeut helfend zur Seite stehen. Entscheidend für eine gute Pflege ist, dass der Patient mit seiner Versorgung gut umgehen kann und unter Nutzung aller ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen die Stomaversorgung selbst übernehmen kann. Weiterhin ist es wichtig, dass der Patient sich selbst und sein Körperbild akzeptiert. Zusammenfassend lässt sich hervorheben, dass eine gründliche Anamnese-

erhebung, das Gespräch mit dem Patienten sowie eine Kontrolluntersuchung der Stomaversorgung zur Problemlösung beitragen.

Meiner Meinung nach sollte bei Patienten mit einem kurativen Therapieansatz eine operative Versorgung angestrebt werden. Während bei rein palliativen Patienten mit geringer Lebenserwartung primär die konservative Therapie den Vorzug gegeben werden sollte. Es gibt mittlerweile Kliniken, die eine solche Differenzierung nicht mehr vornehmen und die Stomaanlage präventiv mit einer Netzanlage versorgen. Zu diesem operativen Vorgehen gibt es bislang noch keine validierten Daten. Die Bearbeitung des Themas erwies sich als Herausforderung, da sehr wenig Literatur zur Verfügung stand. Ich habe mich auf Erfahrungsberichte von meinen Kollegen und meine eigenen Erfahrungen bezogen.



Katrin Ihrke,
Lübeck

- [1] Carne, P.W., et al. (2003) parastomal Hernia. *Br J Surg.* 90(7):784 – 93
- [2] De Raet, J. M.D., et al. (2008) Waist Circumference is an Independent Risk Factor for the Development of Parastomal Hernia After Permanent Colostomy. *Dis Colon Rectum* 51:1806 – 1809
- [3] Berger, D., et al. (2009) Polyvinylidene fluoride: a suitable mesh material for laparoscopic incisional and parastomal hernia repair! A prospective observational study with 344 patients. *Hernia* 13(2): 167-172
- [4] Kasperk, R., et al. (2000) The Repair of large parastomal Hernias using a midline approach and prosthetic mesh in the sublay position. *Am J Surg.* 179(3): 186-188