

BACHELORARBEIT

Name der Autorin: Kathrin Bugelnig

Geburtsdatum: 04.03.1990

Titel der Bachelorarbeit:

Das Enterostoma – Medizinische Aspekte und die pflegerische Versorgung

Name und Ort der Universität: Medizinische Universität Graz

Name und Adresse der Begutachterin:

Frau Ao. Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries

0072 Institut für Physiologie

8010 Graz, Harrachgasse 21/V

Titel der Lehrveranstaltung: LV Physiologie

Datum der Einreichung: 08.11.2013

Jahr der Vorlage: 2013

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, 2013

Kathrin Bugelnig

Zusammenfassung

Die Anlage eines Enterostomas und dadurch die Kontrolle über die Ausscheidung zu verlieren, ist ein wahrlicher Einschnitt in das Leben eines Menschen. Denn es ist ja nicht nur das Enterostoma alleine, dem Ganzen geht ja auch eine schwere Krankheit voraus.

Die Lebensqualität wird vermindert, die betroffene Person zieht sich zurück, verliert an Selbstbewusstsein und auch die Freunde und Verwandten wissen oft nicht, wie sie mit dieser Situation umgehen sollen. Um der Betroffenen bzw. dem Betroffenen die Situation zu erleichtern, ist es daher wichtig, schon vor der Operation über das Thema zu reden und die Patientin bzw. den Patienten sowie ihre oder seine Angehörigen vorzubereiten.

Zur richtigen Vorbereitung zählt auch die präoperative Markierung. Sie sollte so durchgeführt werden, dass die Patientin bzw. der Patient das Versorgungssystem nach der Operation gut sehen und zur Versorgung auch gut erreichen kann. Die Entscheidung, welches System schlussendlich verwendet wird, hängt von den individuellen Gegebenheiten ab.

So bald wie möglich sollte die Patientin bzw. der Patient lernen, wie die Versorgung des Systems erfolgt. Wenn die Patientin oder der Patient nicht in der Lage dazu ist, sind die Angehörigen einzuschulen oder es ist dafür zu sorgen, dass sich ein Pflegedienst um die Versorgung kümmert, sobald die Patientin bzw. der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird.

Methoden wie die Irrigation des Kolons oder Hilfsmittel wie Kappen, Filter aber auch Informationsgespräche und Selbsthilfegruppen, sollen die Lebensqualität von Betroffenen so gut wie möglich steigern.

Im besten Fall kommt es zur Stomarückverlegung, aber dies ist nur in seltenen Fällen möglich.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 7 |
| 2. Material und Methoden | 8 |
| 3. Was ist ein Enterostoma? | 8 |
| 4. Der untere Gastrointestinaltrakt | 9 |
| 4.1 Der Dünndarm | 9 |
| 4.2 Der Dickdarm | 10 |
| 4.2.1 Das Kolon..... | 10 |
| 4.2.2 Das Rektum | 11 |
| 4.2.3 Die Aufgabe des Dickdarms..... | 11 |
| 4.2.4 Die Dickdarmmotilität und Defäkation..... | 11 |
| 5. Welche Ursachen/Indikationen gibt es für ein Enterostoma? | 12 |
| 6. Häufige Erkrankungen des unteren Gastrointestinaltraktes und die operativen Therapien | 15 |
| 6.1 Krebserkrankungen (Darmkrebs, Blasenkrebs) | 15 |
| 6.2 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | 16 |
| 6.2.1 Colitis ulcerosa | 16 |
| 6.2.2 Morbus Crohn..... | 17 |
| 6.2.3 Divertikulitis..... | 17 |
| 6.3 Familiäre Polyposis | 17 |
| 6.4 Sonstige Ursachen für eine Stomaanlage | 18 |
| 7. Die präoperative Pflege beim Enterostoma | 18 |
| 8. Die Stomamarkierung | 19 |
| 9. Welche Versorgungssysteme gibt es? | 20 |
| 9.1 Die Enterostomaarten | 20 |
| 9.1.1 Lokalisation | 20 |
| 9.1.2 Verweildauer | 22 |
| 9.1.3 Art des Stomas..... | 22 |
| 9.2 Stoma-Versorgungssysteme | 23 |
| 9.2.1 Postoperatives Versorgungssystem | 24 |
| 9.2.2 Einteiliges Versorgungssystem..... | 24 |
| 9.2.3 Zweiteiliges Versorgungssystem | 24 |
| 9.2.4 Stomabeutel..... | 25 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 9.2.5 | Hautschutzplatten | 25 |
| 9.2.6 | Hilfsmittel und Zubehör | 25 |
| 10. | Postoperative Stomapflege | 26 |
| 10.1 | Beobachtung des Stomas, der Stomaumgebung und der Ausscheidung | 27 |
| 10.2 | Die Stomapflege | 28 |
| 10.2.1 | Durchführung bei einteiliger Stomaversorgung..... | 29 |
| 10.2.2 | Durchführung bei zweiteiliger Stomaversorgung | 29 |
| 10.2.3 | Versorgung des Ausstreifbeutels | 29 |
| 10.2.4 | Anleitung der Patientin bzw. des Patienten | 30 |
| 10.3 | Irrigation des Kolons | 30 |
| 10.4 | Pflege eines Menschen mit Stoma bei Chemo- oder Radiotherapie | 31 |
| 11. | Mögliche Komplikationen | 32 |
| 12. | Die Stomarückverlegung | 36 |
| 13. | Patientinnen-/Patientenberatung | 36 |
| 13.1 | Ernährungsberatung | 36 |
| 13.2 | Körperliche Belastung, Arbeit und Freizeit | 37 |
| 13.3 | Soziale Hilfen | 37 |
| 13.4 | Partnerschaft und Sexualität | 37 |
| 14. | Diskussion | 38 |
| 15. | Ausblick | 40 |

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Typische Platzierungen unterschiedlicher Enterostomaarten (<http://www.ilco.de/stoma/stomaarten.html>, 25.10.2013)

Abbildung 2: Colostomie (<http://www.ilco.de/stoma/stomaarten.html>, 25.10.2013)

Abbildung 3: Ileostomie (<http://www.ilco.de/stoma/stomaarten.html>, 25.10.2013)

Abbildung 4: Reiter (Bürger-Mildenberger & Keller 2011, S. 447)

Abbildung 5: Materialien zum Wechseln eines Stomas (Bürger-Mildenberger & Keller 2011, S. 451)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: „Enterostomaarten mit Lokalisation und Indikation“ (Bürger-Mildenberger 2011, S. 448)

Tabelle 2: Beobachtbare Veränderungen am Stoma (Bürger-Mildenberger 2011, 451).

Tabelle 3: Mögliche Komplikationen einer Irrigation (Bürger-Mildenberger A. 2011, S. 454)

Tabelle 4: Die häufigsten Ursachen und möglichen Therapiemaßnahmen von Versorgungsproblemen und Komplikationen (Bürger-Mildenberger & Keller 2011, S. 454 – 455; Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 164 - 165)

Tabelle 5: Wirkungen verschiedener Nahrungsmittel auf die Stuhlbeschaffenheit (Bürger-Mildenberger 2011, S. 455 – 456)

1. Einleitung

Die Themen Inkontinenz und Stoma sind in unserer Gesellschaft Tabuthemen. Deshalb ist eine Spezialisierung notwendig um eine gute Qualität für die Betroffene bzw. den Betroffenen zu bieten. Da jede Betroffene und jeder Betroffene ein Recht auf die bestmögliche Versorgung hat, soll jede und jeder kompetente Beratung, wertschätzendes Begleiten und Verständnis erhalten dürfen (<http://www.kontinenz-stoma.at/de/allgemeines/positionspapier.html>, 25.10.2013).

Durch Erkrankungen des Darms oder der Blase, Funktionsstörungen dieser Organe, Fehlbildungen oder Verletzungen kann ein Enterostoma erforderlich werden. Wenn Speicher- und Schließmuskelfunktionen des Darms bzw. der Blase dauerhaft verloren gegangen sind, ist ein endständiges Stoma notwendig, da sonst eine Inkontinenz die Folge ist. Bei angeborenen Fehlbildungen ist eine Stomaanlage sogar lebensnotwendig (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

Auch wenn es bereits moderne Therapie- und Operationsverfahren gibt, sind Stomaanlagen als Folge von zum Beispiel Krebserkrankungen oder entzündlichen Darmerkrankungen unumgänglich. In Österreich leben ca. 12.000 – 15.000 Betroffene mit einem Stoma. Für eine erfolgreiche Behandlung ist eine patientenbegleitende, sektorenübergreifende Zusammenarbeit im multidisziplinären Team unabdinglich. Somit können auch die Lebensqualität gefördert und Komplikationen frühzeitig erkannt werden. Auch wenn die Patientin oder der Patient nahezu jeden Beruf und auch viele Aktivitäten wahrnehmen kann, ist eine Stomaanlage doch ein großer Einschnitt in das Leben eines Menschen und seiner Angehörigen. Daher ist es auch wichtig, eine möglichst kontinuierliche, patientenbegleitende Betreuung nach Entlassung zu gewährleisten und für die Patientin oder den Patienten bei Fragen oder Problemen da zu sein. Vor allem muss die Betroffene oder der Betroffene über das Leben mit einem Stoma informiert werden (http://www.pflegenetz.at/index.php?id=82&tx_ttnews%5Btt_news%5D=316&cHash=410721a8d1a6ff306d472c66c1465f17, 26.10.2013).

Das Thema Ausscheidung ist in unserer Gesellschaft ein Tabuthema. Daher ist es für die betroffene Person aber auch für ihre Angehörigen eine schwierige Situation, wenn die Anlage eines Enterostomas notwendig ist. Das richtige Versorgungssystem ist zu wählen, die Betroffene bzw. der Betroffene oder die Angehörigen müssen erlernen, wie das Enterostoma zu pflegen ist, auf die Ernährung muss geachtet werden, sexuelle Probleme können eintreten usw. Das heißt, die Lebensqualität wird wesentlich vermindert. Daher ist

es wichtig, sich schon im Vorhinein mit dem Thema zu beschäftigen und sich zu informieren.

Da ein Enterostoma keine Seltenheit ist, sollte es auch kein Tabuthema sein. Egal ob jung oder alt, jede und jeden kann es betreffen. Daher möchte ich in meiner Arbeit, wie der Titel schon sagt, auf die medizinischen Aspekte und die pflegerische Versorgung eingehen, mit besonderem Augenmerk auf die einzelnen Stomaarten, die Komplikationen und die pflegerische Versorgung. Weiters möchte ich auf die Physiologie des Darmes, die Indikationen und die operative Therapie eingehen. Damit möchte ich vor allem die Fragen „Welche Versorgungssysteme gibt es?“, „Wie wird ein Enterostoma richtig versorgt?“ und „Zu welchen Komplikationen kann es kommen?“ beantworten.

2. Material und Methoden

Um meine Forschungsfrage zu beantworten, beschäftigte ich mich intensiv mit dem Thema und durchsuchte alle für mich relevant erscheinenden Bücher der Medizinischen Universität Graz. Dabei suchte ich in der Abteilung für Physiologie, Pathologie, Chirurgie und im Bereich für Pflege, weil ich vor allem auf die pflegerische Versorgung eingehen wollte. Außerdem durchsuchte ich auch das Internet nach interessanten Artikeln.

3. Was ist ein Enterostoma?

Unter Stoma oder Stomie (griech: Mund, Mündung) versteht man eine operativ angelegte Öffnung eines Hohlorgans (z.B. Magen, Darm, Blase). Aber auch Verbindungen im Inneren des Körpers werden als „-stomie“ bezeichnet. Vor allem wenn es sich um eine Anastomose handelt, z.B. die Gastroenterostomie. Das Enterostoma (veraltet auch: Anus praeter naturalis, AP; künstlicher Darmausgang) ist das Stoma im Magen-Darm-Trakt (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 156).

Die geschaffene Öffnung dient der Ableitung von Harn, Magen- oder Darminhalt, wenn eine physiologische Entleerung nicht möglich ist oder ein Darmanteil stuhlfrei gehalten werden muss. Gründe dafür können Entzündungen, Tumore oder Operationen sein (Baumgartner, Kirstein und Möllmann 2003, S. 918).

Die Ziele der Stomatherapie und –pflege

Jeder Mensch möchte gesund sein, sich wohl fühlen und unversehrt sein. Wenn diese Eigenschaften nicht erfüllt werden, kommt es zu einer persönlichen Krise. Wenn dann noch die Ausscheidung und die Intimsphäre durch die Krankheit betroffen sind, kommt es

zu zusätzlichen Krisen und Problemen. Durch das Fehlen der willentlichen Steuerung und Kontrolle der Ausscheidung sind Selbstwertkrisen und Ängste vorprogrammiert (Baumgartner, Kirstein und Möllmann 2003, S. 918).

„Die Stomatherapie dient der körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Rehabilitation des Stomaträhgers.“ Da das Thema Ausscheidung stark tabuisiert ist, besteht die Gefahr, dass sich Freunde, Bekannte, aber auch Angehörige von der Betroffenen, vom Betroffenen abwenden oder die Patientin oder der Patient sich selbst isoliert. Zur Wiedereingliederung sind hier ein einfühlsames Verhalten und eine optimale Stomapflege notwendig, denn dies trägt auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei. Von weiterer großer Bedeutung ist die Unterstützung der Patientin oder des Patienten durch eine gute Zusammenarbeit zwischen der Betroffenen oder dem Betroffenen, der Hausärztin bzw. dem Hausarzt, dem Operateur bzw. dem Stationsarzt, der Stomatherapeutin bzw. dem Stomatherapeuten und den Pflegenden der Station (Bürger-Mildenberger 2011, S. 447).

4. Der untere Gastrointestinaltrakt

Der Gastrointestinaltrakt ist der Hauptteil des Verdauungsapparates, welcher von der Speiseröhre bis zum Anus reicht. Der untere Gastrointestinaltrakt umfasst das Jejunum, das Ileum, das Colon, das Sigmoid und das Rektum (<http://flexikon.doccheck.com/de/Magen-Darm-Trakt>, 25.10.2013).

4.1 Der Dünndarm

Der Dünndarm schließt direkt an den Magenausgang an und lässt sich in 3 Abschnitte unterteilen, welche kontinuierlich ineinander übergehen. Abhängig vom Kontraktionszustand der Ring- und Längsmuskulatur beträgt die Länge des gesamten Dünndarms circa 4 – 6 m.

Der kürzeste Teil des Dünndarms ist das Duodenum, mit einer Länge von circa 25 – 30 cm. Das Duodenum ist c-förmig und umschließt somit den Kopfteil des Pankreas (Bauchspeicheldrüse).

Die Brunner-Drüsen (Glandulae duodenales) liegen in der Submukosa des Duodenums. Sie sind verantwortlich für die Produktion eines leicht alkalischen Sekrets, welches den sauren Manganinhalt neutralisiert, damit die Enzyme der Verdauungssäfte des Darms richtig arbeiten können.

Das Jejunum schließt an das Duodenum an und macht etwa 2/5 der Gesamtlänge des Dünndarms aus. Das Jejunum geht fließend in das Ileum über, welches die restlichen 3/5 des Dünndarms bildet. Das Ileum ist stark geschlängelt.

Die gesamte Bauchhöhle ist vom Peritoneum ausgekleidet. Die Darmschlingen sind vom Peritoneum umgeben und werden als Mesenterium bezeichnet. Da das Duodenum nicht vollständig vom Peritoneum umgeben ist, ist dessen Beweglichkeit relativ stark eingeschränkt. Jejunum und Ileum sind durch ihre Mesenterien hingegen frei beweglich aufgehängt.

Die Schleimhaut des Dünndarms hat die Aufgabe, die Nahrungsbestandteile zu resorbieren.

Durch die Dünndarmmotilität wird die Nahrung mit den im Dünndarm gebildeten Verdauungssäften vermischt und die Zellen des Saumeithels können die mechanisch und enzymatisch zerkleinerten Nahrungsbestandteile resorbieren (Spornitz 2010, S. 310 - 313).

4.2 Der Dickdarm

Der Dickdarm schließt an den Dünndarm an und bildet somit den letzten Teil des Intestinaltraktes. Der Dickdarm besteht aus drei Abschnitten und ist etwa 150 cm lang. *„Da das Ileum in einem rechten Winkel in den Dickdarm mündet, beginnt der unter dieser Mündung liegende Teil blind. Deshalb wird er auch als Blinddarm (Zäkum) bezeichnet.“* An den Blinddarm schließt sich der Wurmfortsatz, die sogenannte Appendix vermiformis, mit einer Länge von 9 cm an. Zwischen dem Dünndarm und dem Dickdarm befindet sich die Valva ilealis, eine ventilartige, muskuläre Sperreinrichtung, die den Übertritt von Darminhalt aus dem Dünndarm in den Dickdarm steuern kann (Spornitz 2010, S. 314).

4.2.1 Das Kolon

„Das Kolon beginnt oberhalb der Ansatzstelle des Ileums am Dickdarm. Man unterscheidet 4 Abschnitte:

- *Colon ascendens (aufsteigender Teil),*
- *Colon transversum (querverlaufender Teil),*
- *Colon descendens (absteigender Teil) und*
- *Colon sigmoideum (S-förmiger Teil).“*

Das Kolon ist circa 120 cm lang und die Weite des Lumens beträgt circa 6 – 8 cm. Das Kolon ist gekennzeichnet durch die Tänien und die Haustren. *„Die drei Tänien sind oberflächlich gelegene Streifen der äußeren Längsmuskulatur. Die Muskelspannung der Tänien und die Kontraktion der Ringmuskulatur lassen Einschnürungen entstehen, zwischen denen sich die Darmwand ausbuchtet. Diese Ausbuchtungen nennt man Haustren. Durch die Einschnürungen entstehen auf der Innenseite des Darmrohrs Falten, die ins Darmlumen ragen.“*

Weiters ist das Kolon charakterisiert durch die Fettanhängsel (Appendices epiploicae) deren Ausbildung stark vom Ernährungszustand abhängt. *„Korpulente Personen haben große und stark mit Fett gefüllte Fettanhängsel“* (Spornitz 2010, S. 314).

4.2.2 Das Rektum

Der letzte Teil des Dickdarms ist das Rektum. Es liegt unter dem Peritoneum. Vom Kolon unterscheidet es sich durch das Fehlen der Fettanhängsel, Haustren und der Tänien.

Die äußere Längsmuskelschicht besteht aus einer durchgehenden Schicht. Im Bereich des Anus hat sich aus der inneren Ringmuskelschicht ein Schließmuskel (Sphinkter) gebildet. Ein äußerer Schließmuskel aus quergestreifter Muskulatur liegt ihm auf der Außenseite gegenüber. *„Dieser Muskel kann willkürlich betätigt werden, ...“*. Das Rektum beginnt mit einer Erweiterung. Am Ende des Rektums liegt unter der Schleimhaut ein venöser Plexus, welcher ebenfalls den Anus verschließt. Bei einer Bindegewebsschwäche und weiteren begünstigenden Faktoren (z.B. langes Sitzen, Schwangerschaft etc.), kann es hier zu Hämorrhoiden kommen. Die Schleimhaut weist besonders ausgeprägte Krypten auf (Spornitz 2010, S. 315).

4.2.3 Die Aufgabe des Dickdarms

Die Hauptaufgabe des Dickdarms ist die Wasserresorption um die Fäzes einzudicken. Im Epithel des Enddarms sind besonders viele Becherzellen vorhanden. Diese Zellen produzieren einen Schleim, welcher die Gleitfähigkeit gewährleistet, damit der eingedickte Stuhl besser transportiert werden kann. Im Dünndarm wird bereits der Großteil der Flüssigkeit resorbiert (Spornitz 2010, S. 315).

4.2.4 Die Dickdarmmotilität und Defäkation

Die Bewegungen der Dickdarmwand treten vor allem nach der Nahrungsaufnahme auf und bewirken ein Durchkneten des Darminhaltes. Sie schaffen damit die Voraussetzung

für den hier stattfindenden Flüssigkeitsentzug. Gleichzeitig kommt es zu langsamen, peristaltischen Bewegungen der Ringmuskulatur.

Zusätzlich entstehen 1- bis 3-mal am Tag große peristaltische Wellen, ausgehend vom Zäkum bis zum Colon sigmoideum. Dadurch wird der Darminhalt in Richtung Rektum verschoben. Alle Bewegungen stehen unter der Kontrolle des Plexus myentericus, einem Nervenplexus.

Die Defäkation (Stuhlentleerung) ist ein willkürlich beeinflussbarer, reflektorischer Vorgang. Durch die Reizung der Dehnungsrezeptoren im Rektum werden Nervenimpulse ausgelöst, welche über afferente Fasern zum Centrum anospinale im Sakralmark geleitet werden. Durch die anschließende Aktivierung parasymphatischer Fasern kommt es zur Erschlaffung der glatten Muskulatur des inneren Sphinkters. Zur Darmentleerung müssen aber auch der unter willkürlichem Einfluss stehende äußere Sphinkter entspannt und der Druck im Brauchraum, durch Kontraktion der Bauchmuskulatur und Senkung des Zwerchfells, erhöht werden. Das ist die sogenannte Bauchpresse (Spornitz 2010, S. 316).

Die Ausscheidung zählt zu den Grundbedürfnissen eines jeden Menschen. Die meisten sprechen nicht gerne darüber und wünschen sich Diskretion zu diesem Thema. Wenn es zu Problemen bei der Ausscheidung kommt, werden dadurch die gesamte Lebensqualität und der Tagesablauf des Menschen verändert (Bürger-Mildenberger & Keller 2011, S. 421).

5. Welche Ursachen/Indikationen gibt es für ein Enterostoma?

Wenn eine natürliche, normale, unkomplizierte Stuhlpassage über den Analkanal nicht möglich ist, besteht die Indikation zur Anlage eines künstlichen Darmausganges (Hirner & Weise 2004, S. 620).

| | Ileostoma (Stomaanlage im Dünndarm) | Zökostoma/Zökalfistel (Stomaanlage im Zökum = Blinddarm) | Transversostoma (Stomaanlage im Colon transversum) | Sigmoidostoma (Stomaanlage im Colon sigmoideum) |
|------------|---|--|---|---|
| Indikation | Temporär oder permanent: <ul style="list-style-type: none"> Resektion des Dickdarms, z.B. wegen Colitis ulcerosa, Morbus | Temporär: <ul style="list-style-type: none"> Anastomosenschutz Verletzungen oder Strahlenschäden des | Temporär oder permanent: <ul style="list-style-type: none"> Verschluss distaler Darmabschnitte Temporär: | Temporär oder permanent: <ul style="list-style-type: none"> Stuhlinkontinenz bei neurologischen Erkrankungen |

| | | | | |
|---------------------|---|---|--|--|
| | <p>Crohn oder familiärer Polyposis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschluss distaler Darmabschnitte, z.B. durch Kolontumor • Fehlbildungen, z.B. Darmatresie (angeborener Verschluss des Darms) <p>Temporär:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dünndarmverletzungen oder Operationen distaler Darmabschnitte (Anastomosenschutz) | Kolons | <ul style="list-style-type: none"> • Anastomosenschutz • Ileus • Entzündungen oder Strahlenschäden am Kolon • Divertikulitis | <ul style="list-style-type: none"> • Analatresie und andere angeborene Störungen <p>Temporär:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resektion von Sigma oder Rektum • Rektale Fisteln <p>Permanent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rektumamputation oder inoperables Rektumkarzinom • Strahlenschäden an Sigma oder Rektum |
| Lokalisation | <ul style="list-style-type: none"> • Im rechten oder linken Mittelbauch | <ul style="list-style-type: none"> • Im rechten Unterbauch | <ul style="list-style-type: none"> • Im rechten oder linken Oberbauch | <ul style="list-style-type: none"> • Im linken Mittel- oder Unterbauch |
| Anlage | <ul style="list-style-type: none"> • _Ca. 2 – 3 cm über Hautniveau (prominent) | <ul style="list-style-type: none"> • In Hautniveau oder 0,5 cm prominent | <ul style="list-style-type: none"> • 0,5 cm prominent | <ul style="list-style-type: none"> • 0,5 cm prominent |
| Ausscheidung | <ul style="list-style-type: none"> • Anfangs 1 – 2 l, später 500 – 750 ml flüssiger bis dünnbreiiger Stuhl täglich über den ganzen Tag verteilt (Stuhleindickung im Dickdarm fehlt) • Aggressiver Stuhl (mit reichlich Gallensäuren und Verdauungsenzymen) | <ul style="list-style-type: none"> • Dickbreiiger bis geformter Stuhl (Konsistenz je nach verbliebener Kolonlänge) • Stuhlfrequenz 3- bis 4-mal/Tag | <ul style="list-style-type: none"> • Dickbreiiger bis geformter Stuhl • Stuhlfrequenz 1- bis 3-mal/Tag | |

Tabelle 1: „Enterostomaarten mit Lokalisation und Indikation“ (Bürger-Mildenberger A. 2011, S. 448)

Weitere mögliche Gründe für ein Stoma können sein:

- Darmkrebs
- Blasenkrebs
- Darmfunktionsstörungen
- Tumore in der Gebärmutter oder anderen angrenzenden Regionen
- chronisch entzündliche Krankheiten wie Morbus Chron, Colitis ulcerosa, Divertikulitis
- bei Säuglingen: angeborener offener Rücken (Spina bifida)
- Traumata, Unfälle, bei denen ein Teil des Darms beschädigt wird und entfernt werden muss (<http://flexikon.doccheck.com/de/Enterostoma>, 30.10.2013)
- Neoplasien (mechanischer Dickdarmileus):
 - Tumorpersistenz nach Radiochemotherapie beim Analkarzinom,
 - intraperitoneale Peritonealkarzinose jedwelchen Karzinoms mit hauptsächlichlicher Obstruktion des distalen Kolons,
- entzündliche Erkrankungen des Dickdarmes:
 - Colitis ulcerosa (dann oft Ileostoma),
 - komplizierte Divertikulitis,
 - Strahlenkolitis,
- Verletzungen des Dickdarms,
- protektiv oder additiv bei weiter distal gelegener Darmkontinuitätsoperation (Erleichterung der Anastomosenheilung),
- frühe Anastomoseninsuffizienz im Sinne einer Hartmann-Situation (notfallmäßig),
- Entfernung des Schließmuskels im Analbereich (Hirner & Weise 2004, S. 620).

Erkrankungen die häufig zu einer Stomaanlage führen können in Prozent (nach Angaben von rund 7300 ILCO-Mitgliedern):

| | |
|--|------|
| Krebserkrankungen (Dickdarmkrebs, Blasenkrebs u.a.) | 72 % |
| Entzündliche Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikulitis) | 21 % |
| Fehlbildungen, Unfall, Durchblutungsstörungen, u.a. | 7 % |

(<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

6. Häufige Erkrankungen des unteren Gastrointestinaltraktes und die operativen Therapien

Viele Patientinnen und Patienten werden wegen akuten und/oder lebensbedrohlichen Magen-Darm-Erkrankungen stationär aufgenommen. Dies führt oft zu Verunsicherungen, denn einige Erkrankungen verändern das Leben der Betroffenen drastisch (Bürger-Mildenberger, Menche & Brandt 2011, S. 756).

6.1 Krebserkrankungen (Darmkrebs, Blasenkrebs)

Eine Erkrankung des Darms oder der Blase ist die häufigste Ursache für eine Stomaanlage. Da ein Darm- oder Blasenkrebs meist erst im höheren Alter auftritt, ist die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten, die davon betroffen sind, über 60 Jahre alt, wenn ein Stoma angelegt werden muss. Je nach Krebsstadium ist es sogar möglich, eine kontinenzershaltende Operation durchzuführen, wenn ausreichende Reservoir- und Schließmuskelfunktionen vorhanden sind.

Auch wenn die Nebenorgane des Darms oder der Blase wie zum Beispiel Gebärmutter, Nieren usw., von einer Krebserkrankung betroffen sind, kann eine Stomaanlage notwendig werden. Zum Beispiel wenn durch eine Strahlentherapie der Darm geschädigt wurde oder ein Tumor organübergreifend gewachsen ist (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

Darmkrebs

Hier muss zwischen dem Dickdarmkrebs (Colonkarzinom) und dem Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom) unterschieden werden. Wenn im oberen Teil des Dickdarmes ein Tumor auftritt, muss nur selten ein endständiges Stoma angelegt werden. Nachdem aber ein Teil des befallenen Darmabschnittes entfernt wurde, ist manchmal ein vorübergehend angelegtes Stoma zur Entlastung der Darmnaht notwendig.

Bei der chirurgischen Therapie des Rektumkarzinoms kommt es vor allem auf die Größe des Tumors an und darauf, wie dicht er am Schließmuskel sitzt. Wenn der Schließmuskel und ein Teil des Mastdarms trotz einer radikalen Operation erhalten bleiben können, ist kein Stoma – oder nur ein vorübergehend angelegtes Entlastungsstoma - nötig. Der Abschnitt in dem sich der Tumor befindet wird herausgeschnitten. Ist eine Entfernung des gesamten Schließmuskelapparates mit umliegenden Lymphknoten notwendig, da der Tumor ungünstig liegt, ist eine Stomaanlage unvermeidlich. Hierbei bleibt der größte Teil

des Dickdarmes erhalten. Nachdem der Mastdarm und eventuell auch anschließende Darmteile entfernt wurden, wird eine Colostomie (=Dickdarmstoma) angelegt.

Die Entscheidung, ob eine kontinenzerhaltende oder radikale Operation durchgeführt wird, ist für die Chirurgin oder den Chirurgen oft nicht leicht, denn es kann immer zu einem Krankheitsrückfall, gestörten Schließmuskelfunktionen oder zu häufigem Stuhldrang, bei Schließmuskelerhalt, kommen. Glücklicherweise ist es durch neue Operationstechniken möglich, auch bei tiefsitzenden Tumoren eine Darmnaht sehr nahe am Schließmuskel zu setzen und die Speicherkapazität des verbliebenen Dickdarms durch reservoirbildende Konstruktionen z.B. Colon-Pouch zu verbessern.

Tumore im Dünndarm kommen extrem selten vor und erfordern gelegentlich eine (vorübergehende) Stomaanlage (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

6.2 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Hierzu zählen vor allem die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn, die zur Anlage eines Stomas führen können. Abhängig vom Krankheitsverlauf und vom Zustand der Patientin oder des Patienten wird die Operation als planmäßiger Eingriff oder als Notfall-Operation durchgeführt (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

6.2.1 Colitis ulcerosa

Die Colitis ulcerosa kann durch die Entfernung des gesamten Dickdarmes „geheilt“ werden. Als Alternative zur Ileostomie (Dünndarmstoma) ist hier eine stomavermeidende Operation möglich. Denn wenn der Schließmuskel nicht zu sehr durch die Entzündung geschädigt wurde, kann ein ileoanaler Pouch eingesetzt werden. Der Pouch (englisch = Beutel, Tasche), ist ein innerliches Stuhlreservoir, welches aus Dünndarmteilen gebildet und mit dem Schließmuskel verbunden wird. Dadurch wird ermöglicht, dass der Stuhl auf natürlichem Weg ausgeschieden werden kann.

Als weitere Alternative ist die Bildung einer Kockschen Tasche möglich, wenn der Schließmuskel nicht dicht genug ist. Dies ist ein innerer Pouch mit dichtem, katheterisierbarem Stoma. Mangels geübter Chirurgen wird diese Technik jedoch kaum noch angeboten (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

6.2.2 Morbus Crohn

„Der Morbus Crohn kann seine entzündlichen Veränderungen im gesamten Verdauungstrakt und auch durch die Wandschichten des Darmes ausbreiten. Ist eine Operation im Dün- oder Dickdarm angezeigt, wird der Chirurg häufig ein Darmsegment resezieren (herausoperieren), ohne unbedingt ein Stoma anlegen zu müssen.“ Bei einem im Enddarm lokalisierten Morbus Crohn kann es durch ausgeprägte Fistelbildungen, starke Entzündungsprozesse oder Abszesse, zur Zerstörung des Schließmuskels kommen, weshalb dann eine Stomaanlage (Colostomie oder Ileostomie) oft unumgänglich ist. Auch vorübergehend angelegte Stomata können angelegt werden, um einen entzündeten Darmabschnitt oder Nahtverbindungen nach Teilentfernungen besser abheilen zu lassen. Da sich im Pouch sehr schnell wieder Entzündungen bilden, hat sich dieser, bei Verlust des gesamten Dickdarmes, nicht bewährt (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

6.2.3 Divertikulitis

Die Divertikulitis tritt hauptsächlich im höheren Alter auf. Die Divertikel (Aussackungen der Darmwand) entzünden sich und folglich kommt es zu Abszessen oder sogar zu einer Perforation (Darmdurchbruch). Eher selten muss bei einer Divertikulitis chirurgisch eingegriffen werden. Falls eine Operation unumgänglich sein sollte, wird der befallene Darmteil entfernt und ein vorübergehendes Stoma angelegt um die Darmnaht zu schützen. Meist ist jedoch eine konservative Therapie (mit Medikamenten) erfolgreich (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

6.3 Familiäre Polyposis

Bei der Familiären Polyposis (Adenomatosis coli) bilden sich im Dickdarm zahlreiche Polypen, welche entarten können. Bei Anzeichen einer solchen Entwicklung aber auch schon prophylaktisch, wird hier fast immer der gesamte Dickdarm entfernt und das oft schon im jungen Lebensalter. Meistens kann hier ein ileoanaler Pouch aus Dünndarmteilen konstruiert und der Schließmuskel somit erhalten werden. Bis zur Ausheilung legen die Chirurgen aber in den meisten Fällen ein vorübergehendes Stoma an. Kann der Schließmuskel nicht erhalten werden, wird eine Ileostomie notwendig. Auch hier wäre die Kocksche Tasche eine Alternative, jedoch wird diese heute kaum in Erwägung gezogen (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

6.4 Sonstige Ursachen für eine Stomaanlage

Durch angeborene Fehlbildungen des Mastdarmes bzw. des Afters (Atresien, Morbus Hirschsprung) oder der Blase (z.B. Blasenektrophie), kann es bei Kindern, sogar gleich nach der Geburt, zu einem operativen Eingriff mit Stomaanlage kommen. Geplante oder auch notfallmäßige Stomaoperationen können nach plötzlich auftretenden Entzündungen des Darmes (nekrotisierende Enterocolitis), chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Missbildungen (z.B. Spina bifida) oder Verletzungen notwendig werden.

Bei den Erwachsenen zählen zu den sonstigen Ursachen für ein Stoma u.a.:

- schwere Stuhl- oder Harninkontinenz
- neurogene Blasenentleerungsstörungen
- Schrumpfblase
- Lähmungen
- Verletzungen
- Strahlenfolgen einer Krebstherapie
- andere seltenere Erkrankungen, welche die Darm- oder Blasenfunktion nachhaltig stören

Je nach geschädigten bzw. entfernten Organen, wird eine Colostomie, Ileostomie oder Urostomie angelegt. Im besten Fall kann, nach erfolgreicher Wiederherstellung der Darmkontinuität bzw. des Verschlussapparates, das Stoma wieder zurückverlegt werden (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

7. Die präoperative Pflege beim Enterostoma

Ein Enterostoma ist eine starke Veränderung für die Patientin/den Patienten. Die Betroffenen müssen lernen, mit der Krankheit zu leben und auch mit dem Verlust der normalen Darmfunktion. Sie sind lebenslang auf Hilfsmittel angewiesen und müssen die Stomaversorgung in ihr Alltagsleben integrieren. Vor allem Patientinnen und Patienten mit einem permanenten Enterostoma sind von diesen psychischen Belastungen betroffen. Hier können Gespräche und Einfühlungsvermögen hilfreich sein. Wenn eine Stomatherapeutin oder ein Stomatherapeut in der Klinik angestellt ist, soll schon vor dem Eingriff ein Kontakt hergestellt werden. Auch eine Vermittlung zu einer Selbsthilfegruppe soll gemacht werden (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 159 – 160).

8. Die Stomamarkierung

Vor dem Eingriff ermitteln die Chirurgin bzw. der Chirurg und die Stomatherapeutin oder der Stomatherapeut (in Absprache mit dem Chirurginnen bzw. Chirurgen) die geeignetste Stelle für das Stoma und markieren diese mit einem wasserfesten Stift. Dann wird mit einem mit Wasser gefüllten Beutel getestet, ob die Position passend ist. Die Patientin bzw. der Patient muss entscheiden, welche Position für sie bzw. ihn am besten ist, um die Stomaversorgung durchzuführen.

Die Stomaplatzierung ist sehr wichtig, damit die Patientin bzw. der Patient später keine Probleme hat mit dem Umgang und Komplikationen vermieden werden können.

Das Stoma ist optimal platziert, wenn die Betroffene oder der Betroffene die Versorgung selbständig und sicher anbringen kann, sie oder er die Versorgung optimal und problemlos durchführen kann und Komplikationen, wie zum Beispiel Ausschläge und Entzündungen an der Umgebungshaut, von vornherein ausgeschaltet sind.

Dafür beobachten die Pflegenden die Patientin oder den Patienten sowohl im Liegen, im Stehen als auch im Sitzen, wobei in allen drei Positionen wichtige Dinge zu beachten sind.

Im Liegen:

Das Stoma soll innerhalb des M. rectus abdominis (Rektummuskel) liegen und im Umkreis von ca. 5 cm, um das Stoma herum, muss die Haut frei von Unebenheiten, wie zum Beispiel Knochenvorsprüngen – Darmbeinstachel), Naevi und Narben sein. *„Das Stoma darf nicht im Bereich des vorgesehenen Hautschnittes oder in vorbestrahlter Haut liegen.“*

Im Sitzen:

Das Stoma darf nicht dort platziert werden wo beim Sitzen Hautfalten entstehen. Außerdem darf der Stomabeutel keinen Druck auf den Genitalbereich oder die Leiste ausüben.

Im Stehen:

Die Patientin bzw. der Patient muss das Stoma gut sehen können, damit sie oder er es später gut selbst versorgen kann. Bei Rollstuhlfahrerinnen bzw. Rollstuhlfahrern und Patientinnen bzw. Patienten mit einem größeren Bauchumfang ist die Position höher anzusetzen. Bei Patientinnen mit großen Brüsten ist die Position tiefer als üblich zu

wählen. Auf keinen Fall darf das Stoma auf Höhe des Rock- bzw. Hosenbundes liegen (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 160).

9. Welche Versorgungssysteme gibt es?

Mittlerweile gibt es viele Hilfsmittel, die den Betroffenen eine dichte und unauffällige Versorgung ihres Stomas ermöglichen, so dass sie, nachdem sie sich daran gewöhnt haben, wieder am Leben teilhaben können (<http://www.ilco.de/stoma/stomaarten.html>, 25.10.2013).

9.1 Die Enterostomaarten

„Enterostomata lassen sich nach Lokalisation, Verweildauer und Art des Stomas einteilen“ (Bürger-Mildenberger & Keller 2010, S. 447).

9.1.1 Lokalisation

Die unterschiedlichen Enterostomaarten können nach dem stomabildenden Darmabschnitt eingeteilt werden (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 157).

- „Sigmoidostomie – Ausleitung aus dem Sigma
- Transversostomie – Ausleitung aus dem querverlaufenden Dickdarm
- Zökostomie – Ausleitung aus dem Zökum
- Ileostomie – Ausleitung aus dem Dünndarm
- Urostoma – Ausleitung aus dem harnableitenden System“ (Sachsenmaier 2012, S. 886).
- Das **protektive Stoma** ist meist ein doppeläufiges Enterostoma welches zum Schutz einer gefährdeten Anastomose nach Sigma- oder Rektumresektion oder zur Ruhigstellung des nachfolgenden Darms bei Entzündungen gelegt wird.

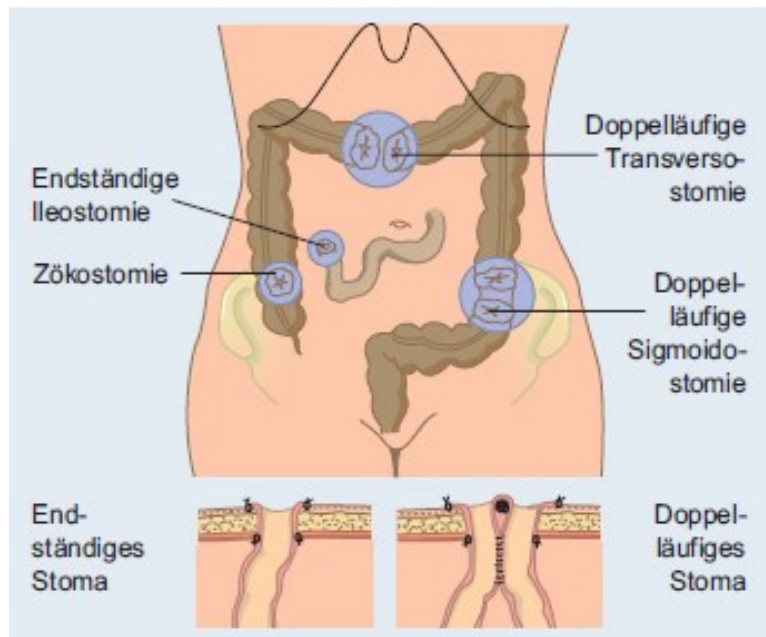


Abbildung 1: Typische Platzierungen unterschiedlicher Enterostomaarten (<http://www.ilco.de/stoma/stomaarten.html>, 25.10.2013)

- Auch das **Entlastungsstoma** ist ein doppelläufiges Enterostoma zur vorübergehenden Stuhlableitung bei Ileus bis zur definitiven Versorgung.
- Das **palliative Stoma** dient der dauerhaften Stuhlableitung bei fortgeschrittenem, inoperablem Tumorleiden.
- Das **permanente endständige Stoma** wird meist als Sigmoidostomie nach Rektumamputationen gelegt (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 157 – 158).

Häufigkeit der Stomaarten (nach Angaben von rund 8000 ILCO-Mitgliedern)

| | |
|---|------|
| Colostomie (Dickdarmausgang) | 70 % |
| Ileostomie (Dünndarmausgang, inkl. kontinente Formen) | 18 % |
| Urostomie (Harnableitung, inkl. kontinente Formen) | 11 % |

(<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

Colostomie – künstlicher Dickdarmausgang

Die Colostomie wird auf der linken unteren Bauchseite angelegt und hat einen Durchmesser von ca. 2,5 – 5 cm. Je nachdem an welcher Stelle ausgeleitet wird, handelt es sich entweder um eine Sigmoidostomie (Stoma im Sigma), eine Colostomie (allgemein im Dickdarm), eine Transversostomie (im Querdarm) oder eine Coecostomie (im Blinddarm). Es wird entweder eine endständige oder eine doppelläufige Colostomie angelegt. Die doppelläufige Colostomie hat das Ziel, den Stuhl vor einem Hindernis, einem entzündlich veränderten Darmabschnitt oder einer zu schonenden Darmnaht abzuleiten (<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

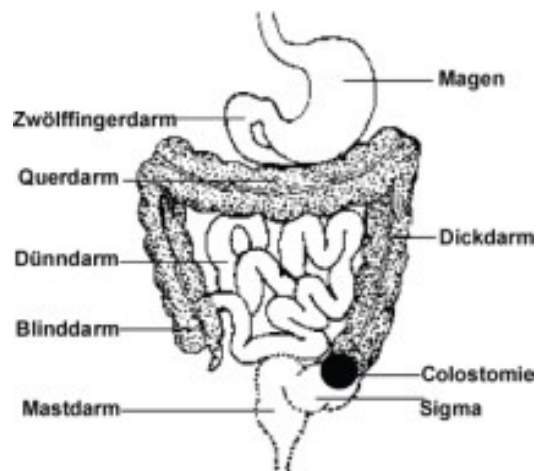
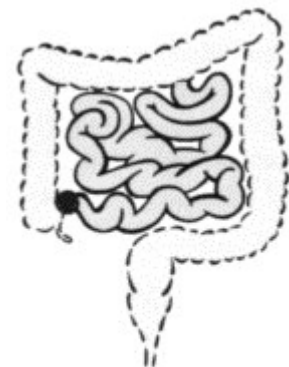


Abbildung 2: Colostomie
(<http://www.ilco.de/stoma/stomaarten.html>, 25.10.2013)

Ileostomie – künstlicher Dünndarmausgang

Wenn der gesamte Dickdarm entfernt werden musste, wird eine endständige Ileostomie angelegt. Das Ende des Dünndarms wird hier meist auf der rechten Seite der Bauchdecke ausgeleitet. Das Ileostoma ist optimal, wenn es rot und gut durchblutet ist, einen



----- = entfernter Darmteil

Abbildung 3: Ileostomie
(<http://www.ilco.de/stoma/stomaarten.html>, 25.10.2013)

Durchmesser von etwa 2 – 3 cm hat und deutlich über dem Hautniveau liegt (2 – 4 cm).

Ein doppelläufiges Ileostoma soll den Stuhl vor Hindernissen, z.B. entzündlich veränderten Darmabschnitten oder einer zu schonenden Darmnaht ableiten

(<http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013).

Ausscheidung

Je nach Lage des Stomas ist die Ausscheidungskonsistenz und –häufigkeit unterschiedlich.

Dickdarmstoma. Da der Dickdarm für die Wasserrückresorption verantwortlich ist, ist die Ausscheidung fester und blähungsreicher je mehr vom Darm erhalten bleiben konnte.

Dünndarmstoma. Hier ist der Stuhl flüssig und sehr aggressiv. Die Stomaanlage wird prominent (nippelförmig) angelegt um die Haut vor aggressiven Ausscheidungen zu schützen (Sachsenmaier 2012, S. 887).

9.1.2 Verweildauer

Je nach Verweildauer gibt es zwei unterschiedliche Arten des Enterostomas:

- das **temporäre** oder **passagere** Stoma, welches nur für eine befristete Zeit angelegt und wieder zurückverlegt wird und
- das **permanente** Stoma, welches für den Rest des Lebens besteht (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 157).

9.1.3 Art des Stomas

*„Bei einem **endständigen** (terminalen) **Enterostoma** ist die Darmpassage am Stoma beendet.“* Der Darm (zuführende Schlinge), der von oben kommt (proximal), wird in die Bauchhaut ausgeleitet. Da der distale Darmabschnitt entfernt oder blind verschlossen wurde, gibt es keine abführende Schlinge. *„Beim **endständigen** Enterostoma handelt es sich fast immer um ein **permanentes** Stoma.“*

Bei Entzündungen nachgeschalteter Darmabschnitte oder zum Schutz einer gefährdeten Anastomose wird meist ein **doppelläufiges Enterostoma** gesetzt, welches der **vorübergehenden** (temporären) Entlastung dient.

„Beim Anlegen des doppelläufigen Enterostomas zieht der Chirurg eine Darmschlinge vor die Bauchwand und legt einen Reiter ein, der die Darmschlinge über der Bauchdecke

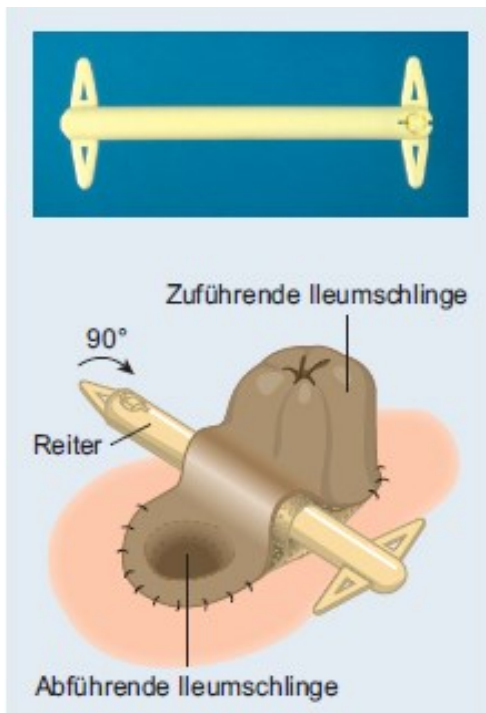


Abbildung 4: Reiter (Bürger-Mildenberger & Keller 2011, S. 447)

festhält. Dann eröffnet er die Darmvorderwand, stülpt die Schleimhaut um und vernäht sie mit der Haut. Wenn nach ca. 8 – 10 Tagen die Wunde verheilt und der Darm mit der Bauchdecke verklebt ist, entfernt er den Reiter. Über die zuführende oder proximale Schlinge (oraler Schenkel) wird der durch die Nahrung bedingte Stuhl ausgeschieden. In der abführenden oder distalen Schlinge (aboraler Schenkel) werden auch weiterhin Zellen und Schleim produziert und sowohl über die Stomaöffnung als auch über den After ausgeschieden“ (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 157).

Kontinente Stomaanlagen: Durch kontinente Stomaanlagen ist ein Verzicht auf den Stomabeutel

möglich und die Lebensqualität kann somit gesteigert werden. Die Anlage von kontinenten Stomaanlagen und Sphinkterplastiken war in den letzten Jahrzehnten eine Herausforderung für die Chirurgie, wie zum Beispiel der Einsatz von Magnetverschlüssen, körpereigener Darmmuskulatur und reservoirbildenden Darmteilen. Da es immer wieder zu Komplikationen kam, konnten sich diese Operationsverfahren nicht uneingeschränkt durchsetzen.

Die Kock-Tasche ist zum Beispiel eine solche kontinente Ileostomaanlage: Hierbei werden circa 30 cm des terminalen Ileumabschnittes proximal des Stomas zu einer Tasche umgeformt, die eine schlauchförmige Verbindung zur Hautfläche hat. „Der Stuhl wird nach der Dauerdrainage im postoperativen Zeitraum von ca. 14 Tagen mit einem Katheter durch die Öffnung in der Haut 3- bis 4-mal täglich entleert und das Stoma ansonsten durch eine Kappe verschlossen.“ (Baumgartner, Kirstein und Möllmann 2003, S. 919).

9.2 Stoma-Versorgungssysteme

Welches Versorgungssystem verwendet wird, muss individuell entschieden werden. Dabei kann es sein, dass die Betroffene oder der Betroffene mehrere verschiedene Systeme und Hersteller ausprobieren muss, bevor sie oder er sich für das geeignete System entscheidet.

Das Stoma-Versorgungssystem muss gewissen Anforderungen entsprechen:

- Das verwendete System muss geruchsdicht sein.
- Es muss gut haften und abgedichtet sein.
- Es darf zu keinen Reizungen der Haut durch die Folie des Beutels oder das Haftmaterial kommen.
- Es soll unauffällig zu tragen und leicht zu handhaben sein.

Alle Versorgungssysteme haben einen Aktivkohlefilter, welcher für circa 12 Stunden Gerüche filtert. Durch diesen Filter wird auch ein Aufblähen des Beutels verhindert. Beim Duschen kann der Filter mit einer Folie abgeklebt werden (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 158).

9.2.1 Postoperatives Versorgungssystem

Das postoperative Versorgungssystem besteht aus zwei Teilen und besteht aus einem Basisring mit einem Rastring, der sich leicht mit dem Beutel verbinden lässt. Da der Beutel durchsichtig ist, lassen sich Sekrete aus dem Stoma und das Stoma selbst gut beobachten, ohne dass der Beutel oder die Basisplatte entfernt werden müssen (Von zur Mühlen & Keller 2010, S.158).

9.2.2 Einteiliges Versorgungssystem

Beim einteiligen Versorgungssystem wird beim Beutelwechsel immer das ganze System entfernt, da der Stomabeutel fest mit einer Klebefläche oder selbstklebenden hydrokolloiden Hautschutzplatte verbunden ist. Das einteilige Versorgungssystem ist sehr gut geeignet für aktive Personen, da es nur wenig aufträgt. Es ist vor allem für die Versorgung eines Sigmoidostomas geeignet, da hier der Stuhl breiig bis fest ist und sich die Ausscheidungen im Lauf der Zeit meist auf ein-bis zweimal pro Tag reduzieren. Daher sind nur ein bis zwei Beutelwechsel am Tag notwendig, somit wird auch die Haut kaum strapaziert (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 158).

9.2.3 Zweiteiliges Versorgungssystem

Beim zweiteiligen Versorgungssystem können der Beutel und die Hautschutzplatte getrennt gewechselt werden. Mit Hilfe eines Rastring- oder Klebesystems werden der Beutel und die Basisplatte miteinander verbunden. Im Gegensatz zum einteiligen System ist hier der Hautschutz besser. Die Hautschutzplatten können trotz des häufigen Wechsels mehrere Tage verwendet werden. Rastringssysteme sind etwas starrer als Klebesysteme

und einteilige Systeme und passen sich daher den Bewegungen des Körper nicht so gut an (Von zur Mühlen & Keller 2010, S.158).

9.2.4 Stomabeutel

Es gibt sowohl geschlossene Beutel, welche gewechselt werden, sobald sie voll sind, als auch Ausstreifbeutel, welche mehrere Male verwendet werden können. Die geschlossenen Beutel eignen sich bei weniger als drei Stuhlentleerungen täglich z.B. bei einem Transverso- oder Sigmoidostoma. Ausstreifbeutel hingegen haben ein verlängertes offenes Ende, welches mit einer Klemme verschlossen ist. Deshalb kann der Stuhl entleert werden. Sie sind besonders geeignet bei größeren Ausscheidungsmengen, z.B. postoperativ und bei einem Ileostoma. Durch die relativ harte Verschlussklammer, kann es jedoch zu Druckschäden auf der Haut kommen, wenn sie nicht ausreichend gepolstert ist.

Die Patientinnen und Patienten empfinden es oft als unangenehm einen „gebrauchten“ Ausstreifbeutel zu tragen und bevorzugen daher den geschlossenen Beutel, den sie entsorgen können, sobald er voll ist. Der Ausstreifbeutel muss in ein Gefäß entleert, die Öffnung gesäubert und dann verschlossen werden (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 158).

9.2.5 Hautschutzplatten

Hautschutzplatten gibt es in unterschiedlichen Formen und Größen. Abhängig von der Flüssigkeitsausscheidung und vom Hauttyp können sie drei bis fünf Tage verwendet werden. Aber spätestens, wenn die Basisplatte aufzuweichen beginnt oder undicht wird, muss sie gewechselt werden.

Die Platte kann sowohl konvex als auch plan sein. *„Eine plane, flache Platte wird bei prominenten Stomata verwendet.“* Wenn das Stoma unter das Hautniveau absinkt, müssen konvexe Produkte eingesetzt werden, um Unterwanderungen und Undichtigkeiten zu verhindern (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 158 – 159).

9.2.6 Hilfsmittel und Zubehör

- Zum Ausgleich von Hautunebenheiten werden Ausgleichspasten und Ausgleichsringe verwendet, da das System sonst undicht wird.
- Um die exakte Größe des Stomas zu bestimmen gibt es Schablonen oder Schieblehren.

- Mit einer Stomakappe kann das Stoma für eine gewisse Zeit (circa 10 Stunden) abgedeckt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch ein fester bis breiiger Stuhl und eine Darmentleerung vor dem Aufsetzen der Kappe. Die meisten Stomaträgerinnen und –träger haben eine regelmäßige Darmentleerung z.B. nach dem Frühstück und können danach die Stomakappe aufsetzen. Andernfalls ist die Durchführung einer Irrigation angebracht. Je nach Ausführung ist die Stomakappe mit einer selbstklebenden Basisplatte verbunden (einteiliges System) oder kann auf den Rastring einer Basisplatte eingeklinkt werden (zweiteiliges System). Spezielle Stomakappen haben einen Schaumstoffstift, der in den Darm eingeführt wird, sich ausdehnt und somit das Darmlumen verschließt. Somit ist die Betroffene oder der Betroffene unabhängiger z.B. bei sexuellen Begegnungen.
 - Gürtel drücken den Beutel und die Basisplatte zum Bauch und sorgen somit für zusätzlichen Halt.
 - Beutelüberzüge nehmen den Schweiß unter dem Plastikbeutel auf und schützen somit die Haut.
 - Durch Pflasterentferner ist es leichter, den Kleberückstand zu entfernen.
 - Zum Hautschutz verwendet man ph-neutrale, parfümfreie und nicht fettende Hautpflegemittel.
 - Deodorantien werden direkt in den Beutel gegeben (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 159).

10. Postoperative Stomapflege

Wenn das Versorgungssystem im Operationssaal angelegt worden ist, wird der erste Stomawechsel nach circa 3 Tagen durchgeführt. Hier ist vor allem auf Veränderungen der Haut und des Stomas zu achten. Für den ersten Wechsel werden häufig „postoperative Versorgungssysteme“ verwendet. Die postoperativen Versorgungssysteme sind charakterisiert durch eine transparente Folie zur Inspektion des Stomas und der Ausscheidung. Sie sind zweiteilig oder haben eine „Fensteröffnung“ für die Inspektion oder Verabreichung von Klistieren. Das Haftmaterial hält sehr lange und ein schmerzloses Anbringen ist möglich. Wenn zur Fixierung des doppeläufigen Stomas ein Reiter eingelegt wurde, wird er in das Versorgungssystem integriert. Zur exakten Abdichtung wird neben dem Reiter noch eine Hautschutzpaste verwendet (Sachsenmaier 2012, S. 889).

10.1 Beobachtung des Stomas, der Stomaumgebung und der Ausscheidung

Die Beobachtung des postoperativen Stomas ist wesentlich, denn nur so können Veränderungen und Komplikationen frühzeitig erkannt und behandelt werden (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 160).

Generell achten die Pflegenden auf das Allgemeinbefinden (Exsikkose, Schmerzen, psychische Verfassung), Durchblutung des Stomas (Nekrosenbildung!), ödematöse Anschwellungen des Stomas und Veränderungen des Stomas und der Stomagröße, die Kontrolle der Ausscheidung (Häufigkeit, Menge, Aussehen, Geruch, Konsistenz), die parastomale Haut (Veränderungen, Durchblutung, Entzündungszeichen, Allergien, Abszesse, Fisteln, Pilze), Kontrolle der Stomaversorgung (Dichtigkeit, Größenanpassung). (Baumgartner, Kirstein und Möllmann 2003, S. 921 - 922).

| | Physiologisch | Pathologisch |
|---|--|---|
| Durchblutung | Rosarot | Violett/bläulich: verminderte Durchblutung Weißlich: schlechte Durchblutung Schwarz: keine Durchblutung/Nekrose |
| Stomagröße | Stomaödem in den ersten Tagen; das Ödem nimmt danach ab; nach 6 – 8 Wochen hat das Stoma seine endgültige Größe erreicht | Stenosen (Stoma ist nicht oder fast nicht mehr durchgängig, zusätzlich Ileussympptome) sind Spätkomplikationen, wenn Entzündungen narbig abheilen; die Stenose ist eine absolute Indikation zur operativen Revision |
| Stomaposition | Das Stoma muss immer prominent sein, damit eine optimale Versorgung möglich ist | Stomaretraktikon Stomaprolaps Peristomale Hernie |
| Stomaumgebung | Die umgebende Haut ist trocken, reizlos und intakt | Allergische Reaktionen Hautentzündungen ggf. mit Pilzbefall Haarbalgentzündungen |
| Stomaausscheidung (beobachtet werden Menge, Farbe, Konsistenz sowie Blähungen) | Blutig-seröses Sekret am 1. – 3. postoperativen Tag Ileostomie: Beginn der Stuhlausscheidung ab dem 2. – 5. postoperativen Tag, flüssiger Stuhl | Größere Blutmengen deuten auf eine Nachblutung hin Paralytischer Ileus Mechanischer Ileus durch abgeknickte oder verdrehte Darmschlingen, Narben |

10.2.1 Durchführung bei einteiliger Stomaversorgung

Bei der Versorgung des Stomas sind Handschuhe anzuziehen. Der gebrauchte Beutel wird vorsichtig entfernt und in den Müll entsorgt. Die Haut wird dann mit nassen Kompressen und Seife vorsichtig gereinigt, dabei muss man von außen nach innen vorgehen um eine Keimverschleppung zu vermeiden. Die Stomaränder können zusätzlich noch mit Wattestäbchen gereinigt werden. Anschließend muss die Seife gründlich entfernt und die Haut mit Kompressen abgetrocknet werden. Nachgewachsene Haare in der Stomaumgebung müssen mit einem Einmal- oder Elektrorasierer wegen der möglichen Verletzungsgefahr vom Stoma wegrasiert werden, da es sonst zu einer Follikulitis kommen kann und die Klebeflächen der Beutel bzw. der Basisplatten nicht gut genug haften. Mit Hilfe einer Schablone oder Schiebelehre wird dann die Größe des Stomas bestimmt und auf der Hautschutzfläche eingezeichnet und ausgeschnitten. Diese umschließt das Stoma. Allerdings muss bei jedem Beutel- oder Basisplattenwechsel die Größe neu bestimmt werden, da sich das Stoma nach der ersten Zeit nach der Operation um ca. 40 % verkleinert.

Narben und Hautunebenheiten können zusätzlich mit einer Stomapaste ausgeglichen werden. Wenn notwendig, können nicht-fettende Hautschutzlotions, -cremes aufgetragen werden. Die Klebefläche des Stomabeutels ist von unten nach oben faltenfrei anzubringen (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 161).

10.2.2 Durchführung bei zweiteiliger Stomaversorgung

Die Stomaversorgung des zweiteiligen Systems ist ähnlich dem des einteiligen. Allerdings wird hier die Basisplatte nur bei Bedarf entfernt, spätestens aber nach drei bis fünf Tagen. Insbesondere bei Männern ist hier nach dieser Zeit eine Rasur notwendig. Die Öffnung der Basisplatte ist entsprechend der Größe des Stomas zuzuschneiden und faltenfrei von unten nach oben anzubringen. Der neue Beutel wird dann auf der Basisplatte befestigt (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 161 - 162).

10.2.3 Versorgung des Ausstreifbeutels

Die Verschlussklappe des Ausstreifbeutels ist zu öffnen, der Inhalt wird in einen geeigneten Behälter oder in die Toilette entsorgt und der Beutel wird ausgestreift. Danach ist die Beutelöffnung mittels Zellstoff oder Toilettenpapier, dann mit nassen Kompressen ca. 2 cm tief zur Geruchsvermeidung innen auszuwischen. Schließlich wird der Beutel wieder mit der Klammer verschlossen (Von zur Mühlen & Keller 2010 S. 162).

10.2.4 Anleitung der Patientin bzw. des Patienten

Wenn die Patientin bzw. der Patient psychisch und physisch dazu in der Lage ist, beziehen die Stomatherapeutinnen bzw. -therapeuten und Pflegenden sie bzw. ihn in die Stomaversorgung ein. Bei der Krankenhausentlassung soll die Patientin bzw. der Patient in der Lage sein, das Stoma selbst zu versorgen. Ist dies nicht der Fall können Angehörige in der Stomapflege geschult oder ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen werden (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 162).

So früh wie möglich sollte die Patientin/der Patient das Stoma selbst versorgen um ihre oder seine Selbständigkeit zurück zu erlangen (Sachsenmaier 2012, S. 891).

10.3 Irrigation des Kolons

Eine Irrigation ist die Spülung des Dickdarms über ein Kolostoma. Hierfür muss allerdings der größte Teil des Dickdarms erhalten sein.

Bei der Irrigation des Kolons werden bis zu 1,5 l körperwarmes Wasser retrograd in das Enterostoma eingeführt. Durch dieses Vorgehen verstärkt sich die Peristaltik des Dickdarms und leitet eine komplette Entleerung ein. Durch die Irrigation wird eine ausscheidungsfreie Zeit für 24 – 48 Stunden ermöglicht. Die Patientin bzw. der Patient kann für diese Zeit das Stoma mit einer Kappe verschließen und ohne Beutelversorgung auskommen. Dadurch soll die Lebensqualität der Stomaträgerin bzw. des -trägers gesteigert werden. Die Irrigation kann entweder täglich oder alle zwei Tage durchgeführt werden. Am besten immer zur gleichen Zeit. Am geeignetsten ist die Durchführung am Morgen, da hier die Entleerungsbereitschaft des Darmes am größten ist (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 162 - 163).

Wenn der Verlauf komplikationslos ist, kann die Patientin oder der Patient 4 – 6 Wochen nach der Stomaanlage die Irrigation unter Anleitung einer Stomatherapeutin bzw. eines Stomatherapeuten erlernen (Bürger-Mildenberger & Keller 2012, S. 453). Da es zu Kontraindikationen kommen kann, sollte bei Diarrhö, einer Stomastenose, einer parastomalen Hernie, bei einem Stomaprolaps und bei Syphonbildung im Dickdarmverlauf keine Irrigation durchgeführt werden. Ebenfalls kontraindiziert ist eine Irrigation bei entzündlichen Darmerkrankungen, während oder unmittelbar nach einer Bestrahlungstherapie sowie bei Herzinsuffizienz, Hypotonie und Niereninsuffizienz (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 163).

| Komplikation | Ursache | Pflegemaßnahme |
|---|---|--|
| Krämpfe | <ul style="list-style-type: none"> • Zu kaltes Wasser • Zu starker Wasserdruck | <ul style="list-style-type: none"> • Durchflussregler schließen • Patienten zum ruhigen und tiefen Atmen anhalten • Behälter tiefer hängen • Körperwarmes Wasser verwenden |
| Darmverletzung (Leitsymptom: plötzliche massive Schmerzen) | <ul style="list-style-type: none"> • Normales, vorn „spitzes“ Darmrohr, das sich durch die Darmwand bohrt | <ul style="list-style-type: none"> • Sofort Arzt benachrichtigen • Prophylaxe: nur spezielles Darmrohr mit Konus verwenden |
| Zu geringer Rückfluss von Spülflüssigkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Spülzeit nicht synchron mit Entleerungszeit des Darms • Geänderte Ernährungsgewohnheiten | <ul style="list-style-type: none"> • Urinausscheidung überprüfen, da die Flüssigkeit über den Darm resorbiert und dann über die Nieren ausgeschieden wird • Spülzeitpunkt und Ernährung überprüfen |
| Probleme beim Wassereinfluss | <ul style="list-style-type: none"> • Falsche Richtung des Konus • Anspannen der Bauchdecke | <ul style="list-style-type: none"> • Konuslage überprüfen • Patienten entspannte Haltung einnehmen lassen |
| Rückfluss von Stuhl ins Schlauchsystem | <ul style="list-style-type: none"> • Wassermenge kann sich nicht so schnell im Darm verteilen | <ul style="list-style-type: none"> • Wasser langsamer einlaufen lassen • Evtl. Spülung kurz unterbrechen |

Tabelle 3: Mögliche Komplikationen einer Irrigation (Bürger-Mildenberger A. 2011, S. 454)

10.4 Pflege eines Menschen mit Stoma bei Chemo- oder Radiotherapie

Patientinnen und Patienten die ihre Stomaanlage wegen einer karzinogenen Erkrankung erhalten, müssen sich im Anschluss an eine Operation einer Radio- und/oder Chemotherapie unterziehen. Diese Therapien sind zusätzlich belastend und oft mit Schmerzen, Müdigkeit, verminderter Leistungsfähigkeit, Übelkeit, Haut-, Geschmacks- Schleimhautveränderungen und Veränderungen der Ausscheidungskonsistenz verbunden. Für die Patientin oder den Patienten stellt dies eine zusätzliche Stresssituation dar (Baumgartner, Kirstein und Möllmann 2003, S. 928).

Spezielle Maßnahmen und Stomaversorgungen bei Chemo- oder Radiotherapie:

Während einer Radiotherapie wird empfohlen, die bestrahlten Hautbezirke nicht mit Wasser zu waschen, sondern zu pudern oder mit Kamillenextrakt zu pflegen. Die Stuhlkonsistenz soll beobachtet werden und bei Veränderungen ist der Hausarzt zu informieren. Eventuelle Hautveränderungen sind ebenfalls zu beobachten und dem Hausarzt zu melden. Von einer Irrigation wird in diesem Fall abgeraten (Baumgartner, Kirstein und Möllmann 2003, S. 928).

11. Mögliche Komplikationen

Wenn es zu Komplikationen kommt, ziehen Pflegende schnell eine Stomatherapeutin bzw. einen Stomatherapeuten hinzu.

Mögliche Versorgungsprobleme, Komplikationen, Ursachen und mögliche Therapiemaßnahmen von Enterostomata sind (Bürger-Mildenberger & Keller 2011, S. 454):

| Problem | Symptome | Ursachen (Bsp.) | Mögliche Maßnahmen |
|-----------------------|--|---|--|
| Blähungen | Aufgetriebenes Abdomen, evtl. Bauchschmerzen | Blähende Nahrungsmittel z.B. Hülsenfrüchte, Kohl, rohes Obst oder frisches Brot | Beutel mit Kohlefilter Bei zweiteiligem System: Beutel wechseln oder abnehmen, Luft entleeren, Beutel erneut anbringen Ernährungsumstellung, Vermeiden blähender Nahrungsmittel 1 – 2 Tabletten Süßstoff zur Geruchsdämmung in den Stomabeutel geben Vermeidung blähender Nahrungsmittel |
| Hautirritation | Gerötete Haut, nässende Hautablösung | Falsche Größe des Versorgungssystems Mangelnde Hautpflege Dauernder Kontakt des Plastikbeutels mit der Haut Häufiger | Beseitigung der Ursache Sorgfältige Hautpflege und exaktes Anpassen des Versorgungssystems Verwendung eines zweiteiligen Systems oder eines Stoffüberzugs für den Beutel |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Allergie | | Beutelwechsel durch einteiliges System | Ggf. Benutzung eines Beutelüberzugs |
| | Rötung, Knötchen, Bläschen, Jucken, Brennen | Überempfindlichkeit gegen Versorgungs- oder Pflegeartikel | Umstellung der Versorgung bzw. der Pflegeartikel; vor Produktwechsel Allergietest am Oberarm durchführen |
| Follikulitis (Haarbalgentzündung) | Punktförmige Pusteln | Mechanische Reizung der Haarbälge nachgewachsener Haare im Stomabereich, kleine Wunde, Infektion | Verwendung einer Hautschutzplatte bis zum Abheilen der Follikulitis Regelmäßige Entfernung der Haare durch Rasur |
| Pilzinfektion | Punktförmige rote Papeln, die sich ausbreiten | Hautentzündung Ständige Feuchtigkeit/Schwitzen Antibiotikatherapie, Diabetes | Beseitigung der Ursache Verwendung eines Antimykotikums nach Arztanordnung als Spray oder Tinktur, keine Salben oder Cremes |
| Stomanekrose | Dunkelrote bis grauschwarze Stomaschleimhaut | Mangelhafte Durchblutung (OP-bedingt) Zu enge, starre Stomaversorgung | Exaktes Anpassen des Versorgungssystems Oberflächliche Schleimhautnekrose: Beobachtung Tiefe Schleimhautnekrose: Operation, ggf. Neuanlage des Stomas |
| Stomaretraktion | Zurückziehen des Darms unter Hautniveau | Operationsbedingt, gestörter Heilungsverlauf Zu frühes Entfernen des Reiters Stomanekrose oder – abszess Parastomale Hautmazeration | Peritonitisgefahr! Deshalb evtl. Neuanlage des Stomas Wenn Stoma schon eingeeilt ist (ca. 10. Tag postop.), Versorgung mit konvexem System (nach innen gewölbte Basisplatte) |
| Stomablutung | (Postop.) größere Blutungen, kleinere Blutungen | Fehlender Verschluss kleinerer Blutgefäße Traumatisch | Lokale Blutstillung, evtl. Nachoperation Behutsame Reinigung Nachuntersuchung |

| | | Rezidiv der Grunderkrankung | Beobachtung |
|---------------------------|--|--|---|
| Stomastenose | Verengung des Stomas, bleistiftförmige Stühle | Folge von Hautmazerationen, besonders, wenn Stoma im Hautniveau liegt | Chirurgische Stomakorrektur, z.B. Erweiterung der Faszienlücke, evtl. Stomaneuanlage |
| | | Erhebliche Gewichtszunahme Operationsbedingt (z.B. zu enge Faszienlücke) Narbige Abheilung nach Hautinfektion oder parastomalem Abszess Stomanekrose oder -retraktion | |
| Stomaprolaps | Vorfall des Darms | Unzureichende operative Fixation Hoher intraabdomineller Druck | Reposition des Darms Anbringen einer Prolapskappe Relaparotomie mit erneuter Stomafixation, evtl. Stomaneuanlage Manuelle Reposition des Darmes Prolapskappe (über Versorgung zu tragen) |
| Parastomale Hernie | Vorwölbung der parastomalen Bauchdecke; tastbare Bruchpforte | Chirurgisch: z.B. Stomaaanlage in die Laparotomienarbe, zu große Durchtrittspforte Hoher intraabdomineller Druck (zu frühe und zu starke Belastung der Bauchdecke, z.B. durch zu schweres Heben) Operationsbedingt, zu | Verpflanzung des Stomas an eine andere Stelle und primärer Verschluss der Hernie Anpassung eines Mieders mit einer Aussparung für die Stomaversorgung Chirurgische Stomakorrektur, z.B. Einengung der Faszienlücke, evtl. Stomaneuanlage an |

| | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| | | große Faszienlücke | andere Stelle und primärer Verschluss der Hernie |
| Schleimhautveränderungen | Warzenähnliche Veränderungen, leicht blutend | Pseudopolyphen Rezidiv der Grunderkrankung | Bei Pseudopolyphen Kontrolle Bei Rezidiven Nachresektion mit Nachbehandlung |
| Stomablockade (bei Ileostoma) | Keine Ausscheidung, krampfartige Schmerzen, Blähbauch | Diätfehler bei Ileostomieträgern Verlegung der Stomaöffnung durch unverdauliche Speisen, z.B. Pilze, Nüsse, Spargel Inkarzerierte Hernie Massive Stomastenose | Freispülen der Stomablockade mit isotoner Kochsalzlösung durch den Arzt (Perforationsgefahr), bei ausbleibendem Erfolg Operation Aufklärung von Ileostomaträgern über geeignete Ernährung und Verhalten Meiden ballaststoffhaltiger Nahrungsmittel, sehr gutes Kauen der Nahrung (Aufklärung des Ileostomaträgers bzgl. Ernährung) |
| Parastomaler Abszess | Rötung, Schmerz, Fieber, Schwellung | Perioperative Infektion Mangelnde Stomahygiene | Inzision und Abszessausräumung, evtl. Stomaverlegung |
| Diarrhö | Dünnflüssige Stühle, u. U. Entgleisung des Wasser- und Elektrolythaushaltes | Ernährungsfehler Weitere Ursachen wie bei Gesunden, z. B. Infektion Antibiotikatherapie | Zweiteiliges System mit Ausstreifbeutel Flüssigkeits- und Elektrolytersatz Verzehr stopfender Nahrungsmittel, z.B. rohe geriebene Äpfel, Schokolade, Bananen ggf. Antidiarrhoika |

Tabelle 4: Die häufigsten Ursachen und möglichen Therapiemaßnahmen von Versorgungsproblemen und Komplikationen (Bürger-Mildenberger & Keller 2011, S. 454 – 455; Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 164 - 165)

Wenn die Patientin bzw. der Patient lernt, sich bauchdeckenschonend zu bewegen, können Entstehungen von Hernien oder eines Prolaps verhindert werden. Mehr als 10 kg Last sollten nicht getragen werden. Präventiv können beim Sport Bauchbinden und Schutzkappen getragen werden (Sachsenmaier 2012, S. 891).

12. Die Stomarückverlegung

Wenn das Stoma nach Wochen oder Monaten wieder in den Bauchraum zurückverlegt werden kann, ist eine erneute Operation notwendig. Zuvor muss der Darm aber gründlich gespült werden. Die Chirurgin bzw. der Chirurg schneidet dabei das Stoma so aus der Bauchwand, dass ein schmaler Hautrand am Darm verbleibt. Der Hautrand und auch die Schleimhautränder werden vom Darm entfernt und die Chirurgin bzw. der Chirurg näht die Darmenden wieder zusammen. Danach legt er den Darm wieder zurück in den Bauchraum und schließt die Bauchdecke schichtweise (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 166 - 167).

13. Patientinnen-/Patientenberatung

Vor der Entlassung muss die Patientin oder der Patient alle anstehenden Fragen beantwortet bekommen, und über alle notwendigen Veränderungen ihrer oder seiner Lebensgewohnheiten informiert werden.

Es muss sichergestellt sein, dass die Patientin oder der Patient bzw. seine Angehörigen die Stomapflege beherrschen oder ein Pflegedienst eingeschaltet ist, die Komplikationen und Adressen von Bezugsquellen für Pflegemittel und Selbsthilfegruppen bekannt sind (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 166).

13.1 Ernährungsberatung

Eine Stomaträgerin bzw. ein Stomaträger muss sich an keine bestimmten Diätvorschriften halten. Allerdings sollte er anfangs ein Ernährungsprotokoll führen, um zu schauen, wie sein Körper auf die verschiedenen Nahrungsmittel reagiert, da es oft zu Blähungen oder Geruchsbildung kommt. Ileostomaträger sollten daher ballaststoffreiche Nahrungsmittel nur gut gekaut zu sich nehmen, um eine Stomablockade zu vermeiden. Außerdem sollten sie täglich mindestens 2 l Flüssigkeit aufnehmen, um den Verlust über den Stuhl auszugleichen (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 166).

| Wirkung | Nahrungsmittel |
|------------------|---|
| Abführend | Spirituosen, Bier, Obst und Milch (roh), Kaffee, stark gewürzte und fette Speisen, Sauerkraut |
| Stopfend | Schokolade, Rotwein, Weißbrot, Kartoffeln, Teigwaren |
| Geruchshemmend | Spinat, grüner Salat, Petersilie, Joghurt |
| Geruchserzeugend | Fleisch, Fisch, Zwiebeln, Knoblauch, Käse |
| Blähend | Bier, Zwiebeln, Kohl, frisches Brot, kohlenensäurehaltige Getränke |
| Blähungshemmend | Preiselbeeren, Joghurt |

Tabelle 5: Wirkungen verschiedener Nahrungsmittel auf die Stuhlbeschaffenheit (Bürger-Mildenberger 2011, S. 455 – 456)

13.2 Körperliche Belastung, Arbeit und Freizeit

Stomapatientinnen und -patienten sollten wegen der Gefahr eines Stomaprolaps oder einer parastomalen Hernie nicht mehr als 10 kg heben. Vermieden werden sollten auch Sportarten bei denen die Bauchdecke stark belastet wird. Zum Schutz sollte bei Ballsportarten eine Prolapskappe getragen werden. Beim Schwimmen muss der Filter abgeklebt werden (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 166).

13.3 Soziale Hilfen

Die Patientinnen und Patienten sollten über Anschlussheilbehandlungen, Kur, Schwerbehindertenausweise und andere Soziale Hilfen informiert und diese sollten auch genutzt werden (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 166).

13.4 Partnerschaft und Sexualität

Durch eine Stomaanlage kann eine Partnerschaft stark belastet werden. Schon im Krankenhaus sollte über Ängste und Sorgen geredet werden. Psychische Störungen des Sexuallebens sind kurz nach der Operation keine Seltenheit. Hier kann eine Paartherapie oder psychologische Begleitung zur Krankheitsverarbeitung sehr hilfreich sein. Bei Männern kann es zu teilweisem oder vollständigem Potenzverlust kommen. Schwangerschaften sind für Stomaträgerinnen möglich, allerdings sollten sie damit ein Jahr lang warten (Von zur Mühlen & Keller 2010, S. 166).

14. Diskussion

Egal ob jung oder alt, bei jedem Menschen besteht die Möglichkeit, dass früher oder später ein Stoma angelegt werden muss. Diese Situation ist sowohl für die Patientin bzw. den Patienten schwierig, wie auch für ihre oder seine Angehörigen, da sich vieles im Leben ändert und nicht mehr alles so leicht durchgeführt werden kann wie vor der Anlage des Stomas.

Indikationen

Es gibt zahlreiche Gründe, warum ein Enterostoma irgendwann unumgänglich ist. Sobald eine natürliche, normale, unkomplizierte Entleerung nicht mehr möglich ist, ist die Anlage eines Enterostomas indiziert. Einige Beispiele dafür warum ein Enterostoma angelegt wird:

- Fehlbildungen
- Dünndarmverletzungen
- Resektion des Dickdarms
- Verschluss distaler Darmabschnitte
- Ileus
- Traumata und Unfälle
- Divertikulitis
- Darmkrebs
- Darmfunktionsstörungen
- Tumore
- chronisch entzündliche Krankheiten
- etc.

Enterostomaarten

Je nach Indikation gibt es die Möglichkeit, ein Sigmoidostoma, ein Transversostoma, ein Zökostoma, Ileostoma oder ein Urostoma anzulegen.

Auch die Verweildauer entscheidet über die Stomaart. Wenn das Stoma nur für eine befristete Zeit notwendig ist und nach kurzer Zeit wieder zurückverlegt werden kann, fällt die Wahl auf eine temporäre oder passagere Stomaanlage. Soll das Stoma für den Rest des Lebens bestehen, wird ein permanentes Stoma angelegt. Beim permanenten Stoma handelt es sich meist um ein endständiges Enterostoma und zur vorübergehenden Entlastung wird fast immer ein doppelläufiges Enterostoma eingesetzt.

Die kontinente Stomaanlage stellt die Möglichkeit dar, auf einen Stomabeutel zu verzichten und somit die Lebensqualität der Patientin bzw. des Patienten wesentlich zu steigern. Die Kock-Tasche ist zum Beispiel eine solche kontinente Stomaanlage. Da es bei diesem Operationsverfahren jedoch immer wieder zu Komplikationen kam, konnte es sich leider nicht durchsetzen.

Je nach körperlicher Aktivität und Stomaart wird ein einteiliges oder zweiteiliges Versorgungssystem verwendet. Die Häufigkeit der Stuhlentleerungen entscheidet über den Einsatz eines geschlossenen oder eines Ausstreifbeutels.

Die pflegerische Versorgung

Patientinnen und Patienten die ein Stoma benötigen sind von psychischen Belastungen betroffen, vor allem wenn es sich um ein permanentes Enterostoma handelt. Hier sind Gespräche und viel Einfühlungsvermögen wichtig. Schon vor dem Eingriff sollte die Stomatherapeutin bzw. der Stomatherapeut mit der Patientin bzw. mit dem Patienten Kontakt aufnehmen.

Bei der Stomamarkierung soll die Patientin bzw. der Patient entscheiden, welche Position am passendsten ist, damit sie oder er die Versorgung des Stomas selbst durchführen kann und der Beutel später bei unterschiedlichen Bewegungen nicht im Weg ist.

Die Beobachtung des Stomas ist besonders wichtig, damit Veränderungen und Komplikationen so früh wie möglich erkannt und behandelt werden.

Sobald sich die Patientin bzw. der Patient dazu in der Lage fühlt, sollte sie oder er in die Pflege des Stomas mit einbezogen werden, um sich dann nach der Krankenhausentlassung selbst versorgen zu können. Ist das nicht möglich, können die Angehörigen die Versorgung übernehmen oder ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen werden.

Durch die Irrigation kann die Patientin bzw. der Patient das Stoma für 24 - 48 Stunden mit einer Kappe verschließen und ohne Beutelversorgung auskommen. Dadurch soll die Lebensqualität der Patientin bzw. des Patienten gesteigert werden.

Komplikationen

Sollte es zu Komplikationen kommen, ist die Stomatherapeutin bzw. der Stomatherapeut hinzuzuziehen.

Mögliche Probleme die auftreten können:

- Blähungen und Geräusche die dadurch entstehen
- Hautirritationen
- Allergien
- Follikulitis
- Pilzinfektionen
- Stomanekrosen
- Stomaretraktion
- Stomablutung
- Stomastenose
- Stomaprolaps
- etc.

Um Hernien oder einen Prolaps zu vermeiden sollten sich die Patientinnen und Patienten bauchdeckendschonend bewegen. Zur Prävention gibt es spezielle Hilfsmittel.

Bei einer Stomarückverlegung ist erneut eine Operation notwendig.

15. Ausblick

Durch die immer höher werdende Lebenserwartung und den damit entstehenden demographischen Wandel, wird es immer häufiger Menschen geben, die von einer Erkrankung betroffen sind, auf Grund welcher eine Stomaanlage unumgänglich ist. In der Literatur ist bereits viel zu diesem Thema vorhanden, sowohl was die Gründe für ein Stoma sind, welche Lösungsmöglichkeiten es gibt, wie die operative Therapie durchgeführt wird, welche Komplikationen auftreten können und auch, wie die pflegerische Versorgung richtig durchgeführt wird. Somit kann die Patientin oder der Patient bzw. können die Angehörigen schon vor dem Eingriff genauestens informiert werden. Es gibt auch zahlreiche Selbsthilfegruppen um sich nach dem Eingriff über Probleme und Sorgen mit Leidensgenossen austauschen zu können.

Möglicherweise werden in Zukunft noch weitere Forschungen angestellt, um den Betroffenen das Leben mit einem Enterostoma so angenehm wie möglich zu machen. Neue Operationstechniken und –verfahren könnten auch eine Lösung sein.

Referenzliste

Baumgartner L., Kirstein R. & Möllmann R. (2003) Häusliche Pflege heute. Urban und Fischer, München.

Bürger-Mildenberger A. & Keller C. (2011) Ausscheidung IN: Menche N. (2011) Pflege heute – Lehrbuch für Pflegeberufe. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Elsevier GmbH, München.

Bürger-Mildenberg A., Menche N. & Brandt I. (2011) Pflege von Menschen mit Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes IN: Menche N. (2011) Pflege heute – Lehrbuch für Pflegeberufe. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Elsevier GmbH, München.

Hirner A. & Weise K. (2004) Chirurgie: Schnitt für Schnitt, 2. überarbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Sachsenmaier B. (2012) Pflege von Patienten mit Stomaanlagen IN: Schwior-Popp S. & Juchli L. (2012) Thiemes Pflege – das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung. 12. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart.

Spornitz UM (2010) Anatomie und Physiologie – Lehrbuch und Atlas für Pflege- und Gesundheitsfachberufe. 6. Auflage. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Von zur Mühlen, M. & Keller C. (2010) Pflege konkret – Chirurgie Urologie Orthopädie, 3. vollständig überarbeitete Auflage. Urban & Fischer in Elsevier, München.

Internetquellen

- <http://flexikon.doccheck.com/de/Magen-Darm-Trakt>, 25.10.2013.
- <http://www.ilco.de/stoma.html>, 25.10.2013.
- <http://www.kontinenz-stoma.at/de/allgemeines/positionspapier.html>, 25.10.2013.
- http://www.pflegenetz.at/index.php?id=82&tx_ttnews%5Btt_news%5D=316&cHash=410721a8d1a6ff306d472c66c1465f17, 26.10.2013.