Stool-Outlet-Obstruction bei Rekto-Enterozele. Inzidenz, Diagnostik und postoperative Ergebnisse

C.		Anthuber ^a
N.v.		Obernitz ^a
H.		Denecke ^b

^aFrauenklinik Großhadern München (Vorstand: Prof. Dr. Hepp) ^bChirurgische Klinik Großhadern München (Vorstand: Prof. Dr. F. W. Schildberg)

Dr. med. Ch. Anthuber, Frauenklinik Großhadern, Marchioninistraße 15, D-8000 München 70

Die Rekto-/Enterozele ist gelegentlich mit erschwelter Stuhlpassage verbunden. Der Pathomechanismus ist bislang ungeklärt. Folgende Erklärungsmöglichkeit bietet sich an: Beim Vorliegen einer großen Rektozele bildet sich beim Pressen ein Stuhlreservoir aus, Resultat ist eine unvollständige Entleerung des Rektums trotz starken Pressens. Bei der Enterozele drängt die hintere Scheidenwand gegen das Rektum und kann so über eine Impression des Rektums von vorne zu einer Verlegung des Analkanals führen.

Mitteilungen zum 1. Hauptthema

60

Allerdings findet sich nicht immer eine eindeutige ^Correlation zwischen Befund und Beschwerden.

Differentialdiagnostisch müssen begleitende anorektale Erkrankungen ausgeschlossen werden. Vor einer geplanten vaginal-plastischen Korrektur wird daher seit 1.1. 1987 die bisher übliche Diagnostik (Spekulum, bimanuelle Palpation) erweitert durch die (Video) Viszerographie (nach Richter) und Prokto/Rektoskopie.

65 von 305 Patienten (vom 1. 1. 1987-31. 12. 1988) gaben das Symptom Stool-Outlet-Obstruction (Inzidenz 21%) an.

Präoperativ anorektale Befunde: Hämorrhoiden Grad I 9 Patienten, Grad II 3, Grad III 8, Grad IV 2. Innerer Rektummukosaprolaps 5, Rektumprolaps 4, Analpolyp 2, Rektumentzündung 1, Spinkterkoordinationsstörung 1. Kein pathologischer Befund bei 30 Pat.

In Absprache mit den Chirurgen wurde bisher bei 32 Pat. zunächst der vaginal-plastische Eingriff durchgeführt: bei 26 Pat. eine hintere Plastik, in 2 Fällen kombiniert mit einem Enterozelenverschluß, bei 4 Pat. eine sakrospinale Fixation mit Enterozelenverschluß.

Durchschnittlich 15 Monate postoperativ wurden die Pat. im Rahmen der derzeit noch laufenden Nachuntersuchung zum Operationserfolg befragt.

Die Heilungs-Besserungsraten bei den Pat. ohne präoperativ pathologischen Befund im Anorektum sind deutlich besser.

Für eine realistische Erfolgseinschätzung einer geplanten vaginal-plastischen Korrektur muß die multifaktorielle Genese der Stool-Outlet-Obstruction berücksichtigt werden.