

Operation: Starr-OP

Diagnose:

Outlet-Obstruktion mit Rektozele und rektaler Intussuszeption

Therapie:

Transanale Staplerresektion des Rektums

Anamnese/Indikation:

Bei der Patientin besteht seit Jahren eine Stuhlentleerungsstörung im Sinne einer Outlet- Obstruktion. Morphologisch konnte eine Rektozele und rektale Intussuszeption nachgewiesen werden, sowie andere anale/rektale Pathologien differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Konservative Maßnahmen wurden ausgeschöpft, ohne dass sich ein wesentlicher Erfolg eingestellt hat. Es besteht ein erheblicher Leidensdruck der Patientin.

Operationsbericht:

Patient in Rückenlage mit in Schlingen ausgelagerten Beinen. Nach sterilem Abwaschen und Abdecken erfolgt zuerst die rektal-digitale Untersuchung und eine vorsichtige digitale Analdilatation. Inspektion, Einsetzen des Parkschen Sperrers und Befundkontrolle. Die Rektozele wird vor allem digital dargestellt, das Ausmaß der rektoanalen Intussuszeption wird mit dem Stieltupfer und/oder Alice-Klemme beurteilt.

Einsetzen des Analdilatator. Anschließend wird das durchsichtige Proktoskop als Anodermschutz in den Analkanal eingeführt und mit zwei Dammstichen fixiert. Nach Einbringen des $\frac{3}{4}$ -Anoskops erfolgt die Vorlage der Tabaksbeutelnaht (Prolene 0/0).

An der Rektumvorderwand, oberhalb der Hämorrhoidalzone, wird von ca. 9 Uhr SSL nach 3 Uhr SSL die semizirkuläre Naht gesetzt, wobei Vollwand des Rektums gestochen wird. Nach Stechen der Naht im Bereich der Vorderwand erste digitale Kontrolle der Vaginalhinterwand. Vor dem Einführen des Staplers wird zum Schutz der Rektumhinterwand ein Spatel eingeführt. Der Stapler wird über die Tabakbeutelnaht nach oral eingeführt. Die Fadenenden werden mit dem Fadenführer durch das Staplergehäuse gezogen. Die Fadenenden werden mit einer Klemme gefasst und unter Zug an der Klemme bzw. den Fäden wird der Stapler schrittweise konnektiert und ins Rektum vorgeschoben. Danach erneute digitale Kontrolle der Vaginalhinterwand durch den Operateur. Die Kontrolle der Vaginalhinterwand stellt zum einen sicher, dass sich der Rand des Staplergehäuses genau oberhalb des Levatormuskels befindet, zum anderen dass keine Anteile der Scheidenhinterwand mitgefasst werden. Durch das Auslösen des Staplers erfolgt eine Manschettenresektion der Rektumvorderwand unter Setzen einer semizirkulären Klammernaht. Inspektion der Klammernahtreihe. Das Vollwandresektat wird aufgespannt und geht zur histopathologischen Untersuchung. Im Rektum resultieren nach Resektion der Vorderwand zwei „Schleimhautohren“, die durch eine Klammernahtreihe mit einer Schleimhautbrücke verbunden sind, die mit der Schere durchtrennt wird.

Jetzt im Bereich der Hinterwand Vorgehen analog zur Vorderwand. Vorlegen der semizirkulären Tabaksbeutelnaht vom

Bereich der Basis der „Schleimhautohren“ von 3 Uhr SSL nach 9 Uhr SSL. Neuplatzierung des Spatels im Bereich der Vorderwand (zum Schutz der Klammernahtreihe) und Einführen des zweiten Stapler. Die Fadenenden werden durch das Staplergehäuse gezogen, der Stapler wird schrittweise konnektiert und ausgelöst. Es resultiert erneut ein Vollwandresektat (Rektumhinterwand). Anschließend werden die „Schleimhautohren“ bei 3 und 9 Uhr SSL „versenkt“. Die Klammernahtreihe wird mehrfach auf Bluttrockenheit kontrolliert, Blutungen werden übernäht. Einlage einer Analtamponade aus in Suprarenin (1:100000) und Xylocain getränkten Kompressen.