

Klinik für Koloproktologie

im St. Elisabeth-Hospital

Informationen für Patientinnen und Patienten



Vorwort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in dieser Broschüre möchten wir Ihnen einen Überblick über das Leistungsangebot unserer Klinik für Koloproktologie und Allgemein Chirurgie (Ltd. Arzt Bernd Bolik) am Standort St. Elisabeth-Krankenhaus geben, welche ein Teil der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Ruhr-Universität Bochum (Klinikdirektor Prof. Dr. med. Waldemar Uhl) am Standort St. Josef-Hospital ist.

Unser Ziel ist es, unseren Patientinnen und Patienten eine umfassende und zielorientierte Diagnostik und Therapie zu bieten und auf medizinisch hohem Niveau auf Ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen.

Eine moderne Ausstattung, kombiniert mit innovativen Behandlungsmöglichkeiten und minimal-invasiven Therapieoptionen bietet hierfür eine gute Grundlage.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!



Bernd Bolik
Leitender Arzt der Klinik für
Koloproktologie und
Allgemeinmedizin



Prof. Dr. Waldemar Uhl
Direktor der Klinik für
Allgemein- und Viszeralchirurgie

Koloproktologie

Sie haben eine Erkrankung des (End)Darmes und möchten sich gerne über die Behandlungsmöglichkeiten informieren?

Als Zentrum für Koloproktologie befassen wir uns mit sämtlichen Krankheiten des Dick- und Enddarms. Gerade auf diesem sehr speziellen Gebiet sind sowohl Fachkenntnisse als auch besonders einfühlsames Vorgehen gefragt. Wir legen Wert auf eine menschliche und patientenorientierte Behandlung nach dem aktuellen Wissensstand der Forschung.

Um Ihnen den ersten Schritt zu erleichtern haben wir diese Broschüre für unser koloproktologisches Zentrum entwickelt. Diese gibt Ihnen einen Überblick über die einzelnen Erkrankungen, die in unserer Abteilung behandelt werden und welche Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen.

Bitte bedenken Sie, dass diese Broschüre eine persönliche Vorstellung und eine auf Ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Beratung nicht ersetzen kann.

Welche Bedeutung hat der Enddarm?

Viele Menschen leiden im Laufe ihres Lebens an Erkrankungen des Enddarms. Die häufigsten Krankheitsbilder sind Hämorrhoidal-leiden, Analvenenthrombosen, Fissuren oder Steißbeinfisteln, aber auch Inkontinenz oder Tumoren.

Der Enddarm (Mastdarm) dient als Stuhlspeicher. Er ist der untere Teil des Dickdarms und geht in den After über. Der After trägt eine wichtige Funktion bei der Kontrolle des Stuhlgangs. Er ermöglicht es, Stuhl und Winde zu halten. Die Erkrankungen des Enddarms betreffen oft den After und des untersten Teils des Enddarms einschließlich des Schließmuskels. Diese Erkrankungen können für den Patienten u. U. sehr schmerzhaft und belastend sein. Häufig sprechen Erkrankungen des Enddarms sehr gut auf eine örtliche und medikamentöse Behandlung mit Salben und Zäpfchen an. In manchen Fällen ist eine Operation erforderlich.

Im Folgenden möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die verschiedenen Krankheitsbilder und ihre Behandlungsmöglichkeiten geben.

Folgende Krankheitsbilder behandeln wir

- Hämorrhoidalleiden
- Analvenenthrombose
- Analfissur
- Analabszess und – fisteln
- Sinus pilonidalis
- Darmentleerungsstörungen und Stuhlinkontinenz
- Darmvorfall
- Beckenbodensenkung und Rektozele
- Tumorerkrankungen des Dickdarms, Enddarms und Analkanals
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) in Kooperation mit Prof. Schmidt, CED-Ambulanz, St. Josef-Hospital
- Hauterkrankungen des Afters in Kooperation mit XX, WIR-Zentrum
- Akne inversa in Kooperation mit Prof. Bechara, Dermatochirurgie, St. Josef-Hospital

Zur Behandlung stehen in unserem Zentrum die modernsten diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung (einschließlich 3D-gestützter Beckenbodendiagnostik, Bildgebung mittels CT und MRT, funktionelle Beckenbodenmessungen, Manometrie, Durchleuchtungsuntersuchungen, sämtliche Formen der Endoskopie). Hinsichtlich der operativen Verfahren bieten wir sämtliche Operationen der modernen Koloproktologie einschließlich der minimal-invasiven Laserchirurgie für Hämorrhoiden, Fissuren und Anal-fisteln, sämtliche Stapler-gestützte und minimal-invasive Behandlungsmethoden auch mit transanalem Zugang an. Damit zählen wir zu einem der modernsten koloproktologischen Ausbildungszentren europaweit, mit regelmäßig stattfindenden operativen Workshops.

Besonderes Augenmerk legen wir auf eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Abteilung für Gynäkologie und Urologie als Beckenbodenzentrum sowie auf die Behandlung sämtlicher Formen der Tumore des Dick- und Enddarms und des Analkanals. In Kooperation mit der Abteilung für Onkologie und Strahlentherapie ermöglichen wir individuell abgestimmte Behandlungskonzepte, nach den strengen Richtlinien unseres zertifizierten Darmzentrums. Im Rahmen der konservativen Therapieoptionen bieten wir die Möglichkeiten eine Ernährungsberatung, Physiotherapie, Biofeedbacktraining und Beckenbodentraining über qualifizierte Therapeuten an. Weiterhin besteht eine enge Zusammenarbeit mit Stomatherapeuten und Selbsthilfegruppen.

Diagnostik

Wie läuft eine Untersuchung des Enddarms ab?

Nach einem ausführlichen Gespräch über die Beschwerden erfolgt die Untersuchung des Enddarms in mehreren Schritten. Zunächst wird der After und die umliegende Haut von außen untersucht, dann folgt eine Austastung des Analkanals mit dem Finger. Die verschiedenen technischen Untersuchungen werden im Folgenden näher erläutert.

Die Untersuchung findet in einem ruhigen und abgeschlossenen Raum statt, um die Privatsphäre des Patienten zu wahren.

Enddarmspiegelung (Prokto- und Rektoskopie)

Als Prokto-, bzw. Rektoskopie versteht man die Spiegelung des Mastdarms (Rektum) mit einem sog. Prokto- oder Rektoskop. Hierbei werden bis zu 15 cm des Enddarms gesichtet. Beschwerden wie z.B. Blutungen, Schmerzen oder Stuhlunregelmäßigkeiten können eine Rektoskopie erforderlich machen. Erkrankungen wie Hämorrhoiden, Entzündungen aber auch Tumoren können auf diese Art zügig und sicher diagnostiziert werden. Auch die Entnahme von Gewebeproben oder die Versorgung kleinerer Blutungen sind möglich. Damit sich der Enddarm bei dieser Untersuchung gut entfaltet, wird mit einem kleinen Blasebalg Luft in den Enddarm gepumpt.

Schließmuskelfunktionsmessung (Sphinktermanometrie)

Zur Beurteilung der Schließmuskelfunktion wird eine ca. 4 cm lange Drucksonde in den After eingeführt. Hiermit lassen sich der

Ruhedruck, der maximale Kneifdruck und der mögliche Dauerdruck der Schließmuskulatur messen.

(3D-) Ultraschall des Enddarms (Rektale Endosonographie)

Bei besonderen Fragestellungen ist eine direkte Ultraschalluntersuchung des Enddarms erforderlich. Hierzu wird eine spezielle Ultraschallsonde in den Enddarm eingeführt. Mit Hilfe dieser Untersuchung kann der Schließmuskel in seiner Gesamtheit beurteilt werden, der Verlauf von Fistelgängen und die Ausdehnung von Tumoren und Abszessen bestimmt werden.

Darmspiegelung (Koloskopie)

Unter einer Darmspiegelung versteht man die Sichtung des gesamten Dickdarms mit Hilfe eines biegsamen Instruments (sog. Endoskop). An einem Monitor kann der Untersucher die Aufnahmen der Mikrokamera verfolgen. Durch kleine Arbeitskanäle am Instrument können bei Bedarf Gewebeproben gewonnen werden.

Eine Vorsorge-Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs-erkrankungen ist ab dem 55. Lebensjahr empfohlen, bei Vorliegen von Risikofaktoren auch früher. Polypen und andere prinzipiell gutartige Gewebewucherungen (Adenome) können Vorstufen eines bösartigen Darmkrebses sein und auf diesem Wege früh und sicher erkannt und abgetragen werden. Auch bei Beschwerden wie Bauchschmerzen, Durchfällen oder Blutungen kann eine Darmspiegelung Ursachen erkennen und eine weitere Therapie einleiten.

Kontakt

Sekretariat

Terminvergabe Sprechstunden

Sabine Schruff

Telefon 0234/509-8294

Telefax 0234/509-8295

sabine.schruff@klinikum-bochum.de

Zentrales Patientenmanagement

Terminvergabe stationäre Aufnahme

Sabine Schruff

Maria-Theresia Kaup

Telefon 0234/509-8834

koloproktologie@klinikum-bochum.de

So erreichen Sie uns

St. Elisabeth-Hospital

Bleichstraße 15

44787 Bochum

Busverbindungen

Linie 336, 368, 345
Haltestelle Bongardstraße

Linie 354
Haltestelle St. Elisabeth-Hospital

Bahnverbindungen

Linie U35, S1, 302, 306, 308, 318
Haltestelle Bochum Hauptbahnhof

Erkrankungsbilder

Hämorrhoidalleiden

Hämorrhoiden sind Gefäßpolster des Analkanals. Sie unterstützen den Schließmuskel in seiner Funktion der Abdichtung für Stuhl und Winde. Diese Polster können sich im Laufe des Lebens vergrößern und Symptome wie Blutungen, Fremdkörpergefühl, Nässen, Juckreiz und Brennen auslösen. Man spricht dann von einem Hämorrhoidalleiden. Bei sehr ausgeprägten Befunden können Hämorrhoiden auch nach außen vorfallen (sog. Prolaps).

Die Basis-Therapie fußt auf konservativen Maßnahmen wie Stuhlregulation, z. B. mittels Flohsamenschalen, und Anwendung lokaler Salben, Sitzbäder und Zäpfchen. Der nächste Schritt sieht Interventionsmaßnahmen vor, wie die Sklerosierung mit Äthoxysklerol, oder die Gummibandligatur nach Baron, die als Goldstandard für das Hämorrhoidalleiden im Stadium II gilt.

Operative Verfahren kommen erst nach erfolgloser konservativer Therapie oder im Stadium 3-4 zum Tragen. Moderne Operationstechniken wie minimal-invasive Laser- und ultraschallgestützte Hämorrhoidenarterienligaturen, Stapler-Verfahren mittels speziellen Kammernahtgeräten und eine begleitende Schmerztherapie haben der Operation ihren Schrecken genommen.

Analvenenthrombose

Die Analvenenthrombose ist eine plötzlich auftretende, schmerzhaft-schwellende der Anahaut am Aftereingang. Ursächlich kommt es zu einem Blutgerinnsel (Thrombose) in einer kleinen Vene am Analrand. Sie zeichnen sich durch eine meist bläuliche, druckempfindliche Schwellung aus. Starkes Pressen beim Stuhlgang, schweres Heben oder Husten können die Entstehung einer Analvenenthrombose begünstigen.

In den meisten Fällen sind eine lokale Salbentherapie sowie abschwellende Maßnahmen in Form von Sitzbädern oder Zäpfchen als Behandlung ausreichend. Bringt die medikamentöse, lokale Therapie nicht den gewünschten Erfolg, kann eine operative Entlastung und Entfernung des Knotens erfolgen.

Anal fissur

Die Anal fissur beschreibt eine häufige Verletzung der empfindlichen Schleimhaut des Analkanals. Chronische Verstopfung, aber auch wiederkehrende Durchfälle können durch eine reaktive Erhöhung des Schließmuskeldrucks ursächlich sein.

Bei der akuten Form der Anal fissur zeigt sich zumeist ein typisches Beschwerdebild mit analen Schmerzen, vor allem beim Stuhlgang, sowie Nässen und manchmal Blutabgänge. Hält dieses Beschwerdebild für einen längeren Zeitraum (6–8 Wochen) an und führt es zu Veränderungen der Schleimhaut mit Bildung einer typischen Hautfalte (Vorpostenfalte), spricht man von einem chronischen Befund.

Im akuten Stadium sind konservative Maßnahmen die Therapie der Wahl. Sie beinhaltet stuhlregulierende Maßnahmen mit einer ballaststoffreichen Ernährung sowie die Anwendung lokaler Salben oder Zäpfchen. Über die Anwendung von muskelentspannenden Substanzen wie Botulinumtoxin (Botox) kann zudem eine Senkung des Schließmuskeldrucks erreicht werden.

Besteht eine chronische Analfissur, so ist in aller Regel eine operative Behandlung erforderlich. Hier finden sich traditionelle Verfahren wie z. B. das Ausschneiden der Fissur unter Schonung des Schließmuskels mit einer nachfolgenden Fortführung der konservativen Therapiemethoden.

Analabszesse und – fisteln

Analabszesse sind eitrige Entzündungen um den After. Sie liegen häufig dicht unter der Haut. Abszesse müssen in der Regel in einer Kurznarkose eröffnet und entlastet werden. Es folgt eine Wundbehandlung mit regelmäßigem Ausduschen und Spülen der Wunde, bis diese von innen nach außen verheilt ist.

Oftmals liegt eine Analfistel zu Grunde. Analfisteln sind Verbindungen zwischen Analkanal und der den After umgebenden Haut. Die Behandlung von Fisteln erfordert viel Erfahrung, da häufig der Schließmuskel mit betroffen ist. Ohne Operation heilen sie nur selten ab. Die Behandlungsmethoden reichen vom Ausschneiden der Fistel bis hin zur Fadendrainage oder Lasertherapie.

Sinus pilonidalis

Ein Sinus pilonidalis ist eine häufig auftretende, entzündlich bedingte Erkrankung des Unterhautfettgewebes, welche in der Regel im Bereich der Gesäßfalte auftritt. Sie kann akut, z.B. mit begleitenden Abszessen, oder chronisch verlaufen. Mutmaßlich entstehen diese im Unterhautfett verlaufenden Gänge durch frei liegende Haare, welche langsam durch Dreh- und Schraubbewegungen unter die Haut gelangen. Die Hornschuppen der Haare fungieren hierbei als Widerhaken. Von außen sind kleine Fistelöffnungen, sog. Pori, zu erkennen. Symptomatisch fällt das Erkrankungsbild entweder durch wiederkehrende Abszesse mit Schmerzen und Schwellung oder eine fortbestehende Flüssigkeitsabsonderung und Nässen auf. In der Regel handelt es sich um eine Blickdiagnose.

Akute Entzündungen und Abszess werden meist mittels operativer Spaltung und Entlastung behandelt. Um einen Sinus pilonidalis langfristig zu behandeln, stehen mehrere Therapieoptionen zur Verfügung. Diese reichen von lokal begrenzten Methoden über minimal-invasive Laserbehandlungen bis hin zu sog. Exzisionsverfahren, bei denen der Sinus pilonidalis ausgeschnitten und eine offene Wundbehandlung eingeleitet wird.

Stuhlentleerungsstörungen und Inkontinenz

Der Beckenboden ist als untere Begrenzung des Beckenkanals maßgeblich für die Funktion unserer Ausscheidungsorgane. Er dient der Sicherung der Lage der Bauch- und Beckenorgane und unterstützt den Halteapparat für den Mastdarm sowie Scheide und Harnröhre.

Der Beckenboden besteht aus zwei Muskelplatten, einer hinteren Muskelschicht (Diaphragma pelvis) mit Umscheidung des Mastdarms sowie einer vorderen Muskelschicht (Diaphragma urogenitale) mit Durchtritt von Harnröhre und Scheide bei der Frau.

Funktionell sichert die Muskulatur des Beckenbodens die Kontinenz von Harnblase und Mastdarm. Unter Stuhlentleerungsstörungen fallen die Erkrankungen, die dazu führen, dass Patienten den Stuhl nicht halten können oder den Stuhlgang trotz Stuhldrang nicht komplett entleeren können. Die Ursachen für die Symptome sind komplex. Übergewicht oder auch Voroperationen im Bereich des Beckens, bzw. des Unterbauches können zu einer Schwächung der Muskulatur des Beckenbodens führen. Bei Frauen kann es durch vaginale Geburten im Verlauf ebenfalls zu einer Schädigung des Beckenbodens kommen. Stuhl- und Urinhalteschwächen (Inkontinenz) mit unwillkürlichem Urin- oder Stuhlabgang sowie Blasen- und Mastdarmsenkungen können die Folge sein. Dauerhaft kommt es zu einer starken Beeinträchtigung des gesellschaftlichen Lebens.

Auch hier verfolgen wir in der Behandlung einen interdisziplinären Ansatz mit Anbindung an unsere Beckenbodensprechstunden der Gynäkologie und Koloproktologie.

Rektumvorfall (Prolaps)

Durch eine Schwächung der Beckenbodenmuskulatur und damit des Halteapparats des Mastdarms kann im Laufe des Lebens ein Vorfall eines Stücks des Mastdarms vor die Schließmuskelebene entstehen. Dieser kann durch verschiedene Risikofaktoren wie mehrere Spontangeburt, chronische Stuhlunregelmäßigkeiten oder einen vorgeschalteten verlängerten Dickdarmanteil (Sigma elongatum) begünstigt werden. Meistens tritt der Prolaps im Rahmen des Stuhlgangs auf und kann mit dem Gefühl einer unvollständigen Entleerung einhergehen. Begleitsymptome wie Blutungen durch innere Reibung sind möglich. Auch Stuhlhalteschwäche, Nässen oder Juckreiz können auftreten.

Die weiterführende Diagnostik umfasst eine Prokto-/Rektoskopie, eine Darmspiegelung, die Durchführung eines Kontrasteinlaufs des Dickdarms sowie eine radiologische Untersuchung der Stuhlentleerung (Defäkögraphie).

Das Behandlungsspektrum ist abhängig vom Ausmaß des Befundes und reicht von konservativen Maßnahmen bis hin zu einer operativen Therapie. Eine vorherige umfassende Untersuchung und Beratung ist daher immer erforderlich.

Beckenbodensenkung und Rektozele

Unter einer Rektozele versteht man ein Tiefertreten des Mastdarms und eine Aussackung zur vorderen Scheidenwand. Die Schließmuskelebene wird in diesem Fall respektiert. Auch hier ist eine Schwächung des Beckenbodens ursächlich, meistens begünstigt durch spontane Geburten, ein höheres Lebensalter oder chronische Stuhlunregelmäßigkeiten. In vielen Fällen ist die Rektozele ein Zufallsbefund.

Größere Rektozelen können Symptome wie ein dauerhaftes Druckgefühl sowie Stuhlentleerungsstörungen (Obstruktives Defäkationssyndrom) zur Folge haben. In einzelnen Fällen kann dann eine operative Behandlung notwendig sein. Analog zum Erkrankungsbild des Rektumvorfalls sollte eine Diagnostik mittels Rektoskopie, Darmspiegelung sowie die radiologische Untersuchung der Stuhlentleerung (Defäkographie) vor einer möglichen Therapie erfolgen.

Analkarzinom

Analkarzinome sind seltene bösartige Tumore des Anus. Man unterscheidet je nach Lokalisation Analrand- und Analkanalkarzinome. Symptome wie anale Schmerzen, Stuhlnunregelmäßigkeiten, Blutungen oder ein Fremdkörpergefühl können auftreten. Die Sicherung der Diagnose erfolgte durch die Entnahme einer Gewebeprobe. Eine Prokto-/Rektoskopie ist grundsätzlich erforderlich. Auch ein Ultraschall der Leisten-Lymphknoten wird durchgeführt.

Die Therapie erfolgt stadienabhängig sowie interdisziplinär in Zusammenarbeit mit den Kollegen der Onkologie und der Strahlentherapie mit dem Ziel einer vollständigen Entfernung des Tumors. In Abhängigkeit von der Größe des Befundes sowie Art des Tumors kann eine Bestrahlung und /oder Chemotherapie sowie eine operative Entfernung (Rektumresektion / -exstirpation) erforderlich sein.

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen kommt es zu einer Entzündung des Darms, häufig mit der Folge von wiederkehrenden (teils blutigen) Durchfällen und Bauchschmerzen. Die beiden häufigsten chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sind der Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa. Mehrere Risikofaktoren und Auslöser, wie z. B. Fehlreaktionen des Immunsystems, sind bekannt. Die Betroffenen klagen meist über Bauchschmerzen, Durchfälle aber auch schmerzhafte Stuhlgänge und ein allgemeines Krankheitsgefühl.

Die chronischen Veränderungen des Darmtrakts, welche mit diesen Krankheitsbildern einhergehen, belasten die Betroffenen oft ein Leben lang. Umso wichtiger ist eine differenzierte, individuelle Behandlung, welche neben medikamentösen Behandlungsstrategien unter Umständen auch operative Maßnahmen vorsieht.

Hauterkrankungen des Afters

Hauterkrankungen der Analregion sind vielgestaltig und stellen häufige Krankheitsbilder dar. Es handelt sich sowohl um erworbene, chronische Veränderungen wie z. B. Neurodermitis oder Schuppenflechte, als auch um spontan aufgetretene Reizungen wie ein Analekzem oder bakterielle Infektionen. Auch virale Infektionen durch das Humane Papilloma-Virus (HPV) stellen bei Vorliegen von Feigwarzen ein häufiges proktologisches Krankheitsbild dar.

Viele proktologische Symptome wie Nässen, Juckreiz oder Brennen sind direkt auf Hautveränderungen zurückzuführen. In der Diagnostik liegt der Fokus auf einer gründlichen Untersuchung der äußeren Analhaut (Anoderm) mit ggf. Abstrichentnahme oder Allergietests. Therapeutisch stehen lokale Behandlungen mittels Salben und Zäpfchen sowie operative Abtragungen, teils auch minimal-invasiv mittels Laserbehandlung, zur Verfügung.

Akne inversa

Bei der Akne inversa handelt es sich um eine chronische Hauterkrankung mit lokal schmerzhaften knotigen Entzündungen und Abszessen der Haut, v.a. im Bereich der Achseln, der Leisten sowie genital und im Analbereich. Die wiederkehrenden Beschwerden sind für die betroffenen Patienten oft sehr belastend und stellen, insbesondere in der Proktologie, eine interdisziplinär zu behandelnde Erkrankung dar. Eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Akne inversa spielt die Verdickung der Hornschicht der Haarfollikel (sog. Hyperkeratose). Dadurch kommt es in der Folge zu einem Sekretstau an Talg- und Schweißdrüsen. Teilweise geht die Akne inversa mit anderen Erkrankungen wie chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen oder auch Krankheitsbildern aus dem rheumatischen Formenkreis einher. Die Diagnostik sieht bei der Akne inversa eine Untersuchung der betroffenen Hautstellen sowie eine Abstrichentnahme und Blutuntersuchungen vor. In einzelnen Fällen kann eine Bildgebung mittels Ultraschall oder Kernspintomographie (MRT) notwendig sein. Die Therapie der Akne inversa ist abhängig von Ausmaß und Schweregrad der Erkrankung und fußt sowohl auf medikamentösen Maßnahmen als auch auf operativen Optionen.

Behandlungsmöglichkeiten

Operationen

Minimal-invasive, schmerzarme Verfahren:

- Laser-Operationen (bei Hämorrhoiden, Sinus pilonidalis, Analfisteln)
- Stapler-Operationen (bei Hämorrhoiden, STARR-Operation, Transtar-Verfahren)

Laparoskopische Resektionsrektopexie

Transanale Tumor- und Polypentfernung

Botoxbehandlung bei Analfissur und Sphinkterspasmus

- Sakrale Neuromodulation (SNS) bei Darmentleerungsstörungen und Stuhlinkontinenz

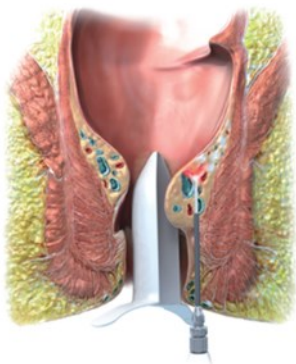
Laser-Verfahren

Operative Eingriffe mittels Laser sind eine minimal-invasive und schmerzarme Methode zur Behandlung der häufigsten Erkrankungsbilder in der Kolo-Proktologie. Im Gegensatz zu traditionellen Therapieoptionen kann auf Schnitte und das Schaffen größerer Wundflächen verzichtet werden. Die Eingriffe können in Rückenmarks- oder Allgemeinnarkose durchgeführt werden. Nicht alle Befunde eignen sich für eine Behandlung mittels Laser. Eine vorherige ausführliche Untersuchung und Diagnostik sind daher entscheidend. Manchmal sind weitere Behandlungen mittels Laser oder auch konventionelle Nach-Operationen notwendig.

LHP (Laserhämorrhoidopexie)

Die Laserhämorrhoidopexie ist eine schonende Behandlungsmöglichkeit bei einem fortgeschrittenen Hämorrhoidalleiden (Stadium II-III), welche auf Schnitte im Analkanal verzichtet. Durch einen kleinen Hautstich (ca. 2 mm) wird die dünne Laser-Sonde in den Hämorrhoidalknoten eingeführt und die Energie des Lasers direkt in den entsprechenden Hämorrhoidalknoten abgegeben. Auf diese Art wird eine gezielte Verödung des Gewebes ermöglicht. Dies führt zur Schrumpfung der Hämorrhoiden und ermöglicht eine individuelle lokale Behandlung je nach Ausmaß des Befundes. Größere Einschnitte oder Nähte sind in aller Regel nicht erforderlich. Die empfindliche umgebende Haut des Anus (Anoderm) sowie die Schleimhaut werden hierbei geschont. Die Heilung verläuft erfahrungsgemäß zügig und beschwerdearm.

Die aktuelle Studienlage bestätigt in direkten Vergleichen mit den konventionellen schneidenden Verfahren bei Stadien 3-4 eine geringere direkte postoperative Nachblutungsrate sowie eine geringere Schmerzsymptomatik.



FiLaC (Fistula-tract Laser Closure)

Die FiLaC ist eine schonende und minimal-invasive Methode zur Versorgung von Analfisteln, unabhängig von der Länge des Fistelgangs. Mit Hilfe einer flexiblen Faser wird die Laser-Energie exakt platziert und innerhalb des Fistelgangs abgegeben. Der Fistelgang wird hierbei sicher und kontrolliert beseitigt. Bei dieser Form der Fistelbehandlung wird insbesondere der Schließmuskel vor Schäden bewahrt und somit die Kontinenz erhalten. Das Verfahren mittels Laser-Faser sollte in einem entzündungsfreien Intervall nach Abklingen eines eventuell begleitenden Abszesses erfolgen.

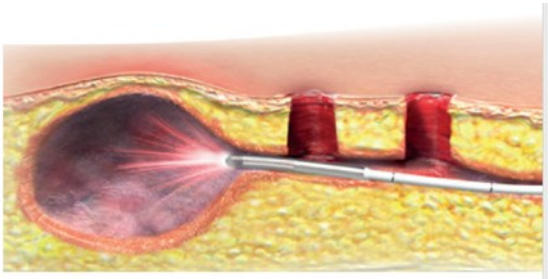


SiLaC (Sinus Pilonidalis Treatment)

Auch zur Behandlung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis) wird das Laser-Verfahren zunehmend eingesetzt. Analog zur Behandlung von Analfisteln wird eine Laser-Faser mit einer ringartigen Energie-Abgabe genutzt. Durch genaue Platzierung der Laser-Faser wird die Steißbeinfistel unter Erhalt des darüber liegenden Hautareals gezielt verödet.

Begleitend wird ein sogenanntes „pit picking“ durchgeführt: Die erweiterten Haarwurzeln („pits“) werden um wenige Millimeter eröffnet und potentielle Haare sowie entzündetes Granulationsgewebe entfernt.

Nach der Operation besteht eine geringe, kosmetisch günstige Wundfläche sowie ein schmerzarmen Verlauf. Idealerweise sollte eine Vorbereitung (Konditionierung) des Sinus erfolgen.



Weitere mögliche Anwendungsbereiche in der Proktologie sind: Marissen, Entfernung von Polypen und Genitalwarzen, Fissuren

Sakrale Neuromodulation: Der Beckenbodenschrittmacher

Die sakrale Neuromodulation ist eine Methode zur Veränderung der Informationsweiterleitung zwischen Gehirn und den Organen des Beckenraums. Durch schwache Impulse an die zugehörigen Nerven wird die Kommunikation zwischen Gehirn und Beckenorganen unterstützt. Anwendung findet diese Methode bei chronischen funktionellen Störungen der Beckenorgane wie z. B. Stuhl- und Urinhalteschwächen (Inkontinenz), bei Schließmuskelstörungen auch im Rahmen von Dammrissen bei Geburten sowie bei chronischen Schmerzsyndromen (Proktalgia fugax).

Im Rahmen einer vorherigen Testphase, bei der zunächst mit Hilfe eines äußeren Stimulators die Impulse vermittelt werden, wird ein Stuhltagebuch geführt. Im Anschluss erfolgt dann die Anlage des eigentlichen Schrittmachers, des sog. Neurostimulator.

Viszeralchirurgie

Unter der Viszeralchirurgie verstehen wir die komplette Chirurgie des Bauchraums, der Bauchwand, der endokrinen Drüsen und der Weichteile. In der Abteilung für Viszeralchirurgie werden die gesamten Erkrankungen des Verdauungstraktes einschließlich der Speiseröhre, des Magens, des Dün- und Dickdarms, der Leber, der Gallenblase und -wege, der Bauchspeicheldrüse und der Milz behandelt. Weiterhin zählen die operative Behandlung von Erkrankungen der Schilddrüse, der Nebenschilddrüsen sowie die Behandlung von Zwerchfell- und Bauchdeckenbrüchen (Hernien) zu unserem Spektrum. Große viszeralchirurgische Eingriffe des Ösophagus, der Leber und der Bauchspeicheldrüse werden in Kooperation mit dem Standort St. Josef-Hospital therapiert.

Minimal-invasive Chirurgie

Die minimal-invasive Chirurgie unterscheidet sich von konventionellen Operationen durch eine laparoskopische Zugangsart („Schlüssellochtechnik“) mit dem Einsatz spezieller Instrumente und Techniken. Durch die kleinere Wundfläche und das gewebe-schonende Vorgehen kann eine schnellere Abheilung, eine Reduktion der Schmerzen, bessere kosmetische Ergebnisse sowie ein kürzerer Krankenhausaufenthalt erzielt werden. An unserem Standort stehen hierfür alle modernen Verfahren zur Verfügung, um eine größtmögliche Sicherheit für unsere Patienten gewährleisten zu können. So können fast alle chirurgischen Standardeingriffe minimal-invasiv in unserer Abteilung durchgeführt werden. Sämtliche staplergestützten Verfahren, Gefäßversiegelungen und Nahtformen stehen zur Verfügung.

Allgemeinchirurgie

Hierunter werden Erkrankungen der Haut, Hautanhangsgebilde und der Gefäße, der kleinen Knochen und Gelenke zusammengefasst. In unserer Ambulanz betreuen wir die Versorgung von Tumoren und Abszessen der Haut, chronische Wunden und Druckgeschwüre.



Herausgeber:
Katholisches Klinikum Bochum
Gudrunstraße 56
44791 Bochum

Text:
Bernd Bolik
Dr. Sina Vogel

Redaktion & Gestaltung:
Annette Grosser

1. Auflage 2024