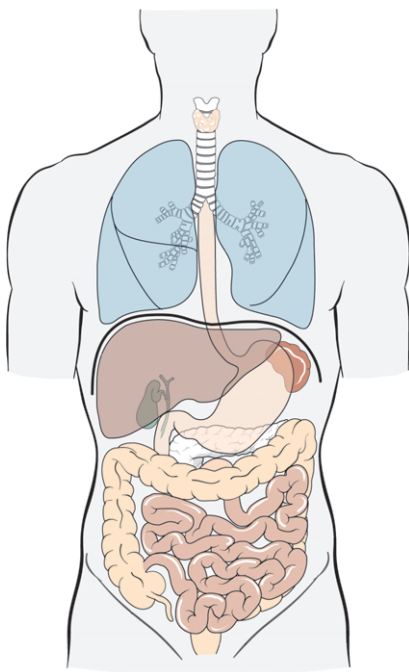

Ratgeber für Patienten

Was Sie schon immer über Operationsverfahren wissen wollten und sollten



GASTRO  **LIGA** e.v.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm
und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung e.V.

Vorwort

Mit dieser Informationsschrift wollen wir Ihnen die wichtigsten Operationsverfahren bei Erkrankungen des Verdauungstraktes vorstellen. Im Folgenden werden schwerpunktmässig Aspekte von häufigen Operationen bei Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, des Dickdarms, der Leber und der Bauchspeicheldrüse erläutert. Außerdem erhalten Sie allgemeine Informationen zum Operationstag sowie zur Erholungsphase nach der Operation. Für einige Operationen bzw. für die zugrunde liegenden Erkrankungen sowie für die Information zur Narkose gibt es weiterführende ausführliche Broschüren. Bitte wenden Sie sich für nähere Informationen an Ihren behandelnden Arzt.

Zum besseren Verständnis des nachfolgenden Kapitels zeigt Abbildung 1 eine Übersicht über die Bauchorgane und die Speiseröhre. Da diese Zeichnung nur schematisch ist, sind die Proportionen nicht korrekt.

Titelillustration und Abbildung 1:
Übersicht über die Bauchorgane
Copyright © Rose Baumann

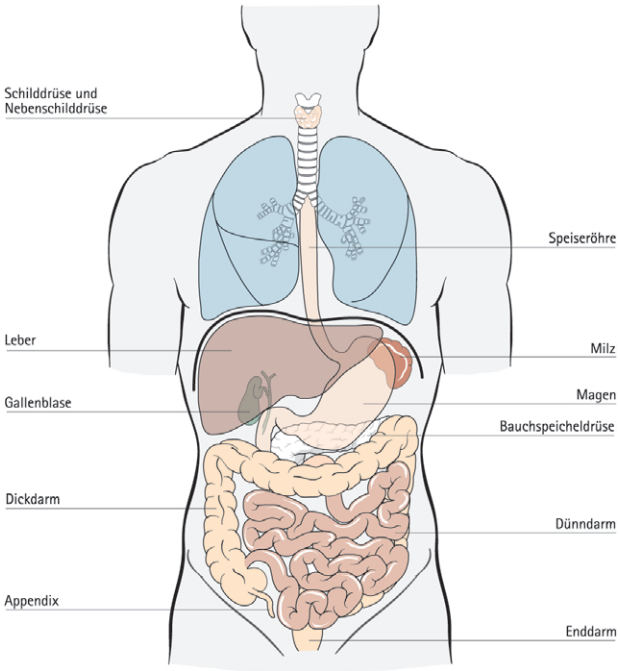
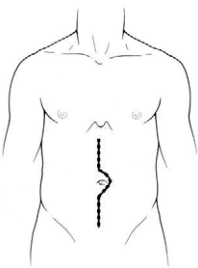


Abb. 1: Übersicht über die Bauchorgane, Copyright © Rose Baumann

Speiseröhrenoperationen

Speiseröhrenoperationen sind bei Tumoren oder nach Verletzungen notwendig. Es wird ein Längsschnitt in der Bauchdecke durchgeführt. Gegebenenfalls wird man auch auf der rechten Seite des Brustkorbes sowie im unteren Halsbereich links einen Schnitt anlegen müssen. Die Speiseröhre kann durch Hochziehen des Magens durch Dickdarm oder durch Dünndarm ersetzt werden.



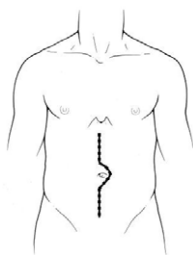
Der Operateur wird Ihnen das geplante Verfahren der Operation genau erklären.

Nach dieser Operation werden Sie, abhängig vom Operationsverlauf, während mehrerer Stunden künstlich beatmet,

um Ihnen die Atemarbeit zu entlasten und vor allem, damit sich Ihre Lungen wieder vollständig ausdehnen können. Sie werden hierfür einen oder mehrere Tage auf einer Wachstation (Intensivstation) betreut. Meist wird einige Tage nach der Operation eine Röntgenkontrolle mit Kontrastmittel erfolgen.

Magenoperationen

Meistens muss eine Magenoperation durchgeführt werden, weil ein Tumor vorliegt oder weil es durch ein Magengeschwür zu Blutungen oder zu einem Magenwanddurchbruch gekommen ist. Es wird ein Längsschnitt in der Bauchmitte



gesetzt (siehe Speiseröhrenoperationen) und entweder nur die Blutungsstelle oder das Loch in der Magenwand übernäht. Bei Tumoren wird ein Stück oder aber der ganze Magen entfernt. Wenn möglich, wird man aus Dünndarm einen neuen Magen formen. Der Mensch kann ohne Magen gut leben. Er muss einzig darauf

achten, dass er häufigere und kleinere Portionen zu sich nimmt und regelmäßig das für die Blutbildung nötige Vitamin B12 gespritzt wird. Ganz selten kann es zu einer Beeinträchtigung der Wirkung von Bauchspeicheldrüsenenzymen kommen, die eine Behandlung mit Bauchspeicheldrüsenenzymen in Pulverform nötig macht.

Blinddarmoperationen (Wurmfortsatz/Appendix)

Die Blinddarmoperation ist in den meisten Fällen ein Notfall-Eingriff. Für die Entscheidung, ob operiert werden soll, untersucht der Arzt den Bauch sorgfältig, es wird Blut entnommen und der Bauch eventuell auch mittels Ultraschall untersucht.

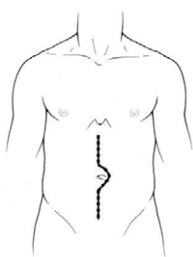


Die Operation wird über einen wenige Zentimeter langen Schnitt im rechten Unterbauch vorgenommen.

Unter Umständen wird zuerst eine Bauchspiegelung (Laparoskopie, siehe unten) durchgeführt. Häufig ist es dabei möglich, den Wurmfortsatz am Blinddarm laparoskopisch zu entfernen. Sie erholen sich nach diesem Eingriff rasch und können das Krankenhaus in der Regel 3-4 Tage nach der Operation wieder verlassen.

Darmoperationen

Für eine Darmoperation ist ebenfalls ein Längsschnitt in der



Bauchmitte notwendig. Gründe für Darmoperationen können Darmverschlüsse, Entzündungen, Darmrisse oder Tumoren sein. Bei Darmrissen muss manchmal nur der Riss übernäht werden, meistens muss aber ein Stück Dün- oder Dickdarm entfernt werden.

Im Dünndarm wird die Nahrung aufgenommen, deshalb darf man nur Teile davon entfernen. Der Dickdarm kann problemlos teilweise oder ganz entfernt werden. Der Körper gewöhnt sich an den neuen Zustand, wird aber häufig in den ersten Wochen nach der Operation mit vermehrten Durchfällen reagieren.

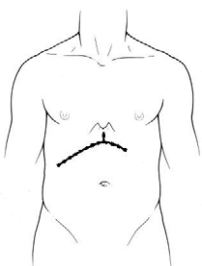
Damit die Darmnaht geschützt wird und besser abheilt, ist es in manchen Fällen jedoch besser, wenn man vorübergehend einen künstlichen Darmausgang anlegt. Zu diesem Zweck wird sich ein Stomaberater (Stoma = künstlich hergestellter Ausgang des Darms) am Abend vor der Operation bei Ihnen vorstellen und eine günstige Lage für den künstlichen Darmausgang auf Ihrem Bauch einzeichnen. In den meisten Fällen kann nach drei oder mehr Monaten bei einer zweiten, kleineren Operation der künstliche Darmausgang wieder beseitigt werden.

Bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (z.B. Colitis ulcerosa) oder erblichen Erkrankungen des Dickdarms (z.B. FAP) kann es notwendig sein, dass der gesamte Dickdarm bis zum Schließmuskel entfernt werden muss. Ein Ersatz für das

Mastdarmreservoir kann dann durch Bildung eines sogenannten Dünndarm-Pouches hergestellt werden, der direkt an den Schließmuskel angeschlossen wird. Dadurch kann eine Stuhlkontinenz auch ohne Dickdarm in den meisten Fällen erreicht werden. Auch bei dieser Operation muss zumeist vorübergehend (auf 3 Monate) ein Dünndarmstoma angelegt werden.

Leberoperationen

Für diese Operationen wird ein Schnitt entlang der beiden Rippenbögen angelegt. Leberoperationen werden häufig bei



gut- oder bösartigen Tumoren durchgeführt. Bei Lebertumoren handelt es sich meistens um Ableger eines anderen Tumors. Seltener entstehen die Tumoren direkt in der Leber. Als Operationsverfahren bieten sich eine vollständige Entfernung des Tumors unter Zurückbelassen von gesundem Lebergewebe oder aber

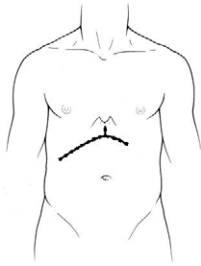
das Entfernen einer Leberhälfte an. Falls der Tumorbefall zu ausgedehnt ist, muss auf eine operative Entfernung des befallenen Gewebes verzichtet werden. Vor großen Leberoperationen wird in der Regel eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie zur Operationsplanung durchgeführt. So kann die Gefahr vermindert werden, dass es nach der Operation zu einer Unterfunktion der Leber kommt.

Bei bestimmten Erkrankungen, z.B. bei Leberzirrhose durch Hepatitis B oder C, Einfluss von Alkohol oder selteneren wie z.B. primär sklerosierende Cholangitis, kann es notwendig sein, dass die kranke Leber vollständig entfernt wird und durch eine neue Leber ersetzt werden muss (Lebertransplantation). Nach einer solchen Lebertransplantation müssen lebenslang Medikamente eingenommen werden, die das Immunsystem unterdrücken.

Gallenwegsoperationen

Der Zugang zu diesem Operationsgebiet erfolgt über einen

Schnitt am rechten unteren Rippenrand. Bei Gallengangsverengungen nach Gallenblasenentfernung oder im Rahmen von



chronischen Entzündungen wird der Gallengang vor dem Hindernis durchtrennt und in eine Darmschlinge eingenäht.

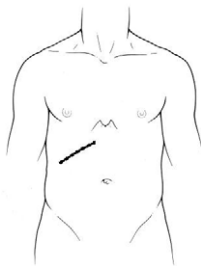
Gallengangsteine, die häufig zum Gallenstau mit Gelbsucht führen, werden primär endoskopisch vom Zwölffingerdarm her entfernt. Ist dies nicht möglich, müssen die Steine auf chirurgischem Wege

nach Eröffnung des Gallenganges beseitigt werden.

Im Falle von Gallengangstumoren wird der kranke Anteil der Gallengänge und allenfalls mitbefallenes Lebergewebe oder sogar eine ganze Leberhälfte entfernt. Sollte eine Entfernung nicht möglich sein, versucht man mit einer Umgehungsoperation dafür zu sorgen, dass die Galle trotzdem aus der Leber in den Darm abfließt. Vor diesen Operationen wird in der Regel zusätzlich ein Leberfunktionstest und eine Ultraschalluntersuchung der Lebergefäße durchgeführt werden.

Gallenblasenoperationen

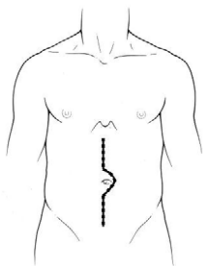
Bei einem Steinleiden der Gallenblase ist zur Verhinderung von Komplikationen die Entfernung dieses Organs notwendig. Die Gallenblase hat die Funktion eines Reservoirs für die Galle. Nach einer Gallenblasenentfernung ist der normale Gallenfluss von der Leber in den Darm nicht behindert. Dementsprechend werden Sie nach der Operation normal essen können und müssen keine Diät einhalten. Die Operation wird



heute meistens minimal-invasiv laparoskopisch (siehe unten) durchgeführt. Dabei wird die Gallenblase am Leberrand gelöst und danach entfernt. Falls die laparoskopische Methode nicht angewendet werden kann, wird die Gallenblase über einen Schnitt am rechten unteren Rippenrand entfernt.

Bauchspeicheldrüsenoperationen

Die verschiedenen Erkrankungen (Bauchspeicheldrüsentumoren, akute und chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung), die eine Bauchspeicheldrüsenoperation notwendig machen, sowie die jeweiligen Operationsverfahren, sind in gesonderten Informationsbroschüren für Pankreaserkrankungen ausführlich dargestellt und erklärt. Bauchspeicheldrüsenoperationen erfolgen häufig über einen Längs-

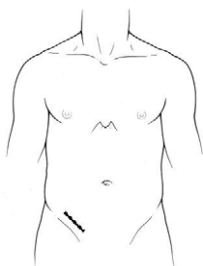


schnitt in der Bauchmitte. Je nach Art der Erkrankung wird man im Extremfall neben einem Teil der Bauchspeicheldrüse zusätzlich ein Stück des Dünndarms, den Zwölffingerdarm, und gegebenenfalls den Magenausgang entfernen. In diesen Fällen muss bis zum Nahrungsaufbau einen bis mehrere Tage gewartet werden.

Bei schweren, akuten Entzündungen der Bauchspeicheldrüse werden nach der operativer Entfernung des abgestorbenen Gewebes Schläuche zum Spülen und Einbringen von Antibiotika in den Bauch gelegt, die erst nach zwei bis vier Wochen entfernt werden können.

Bruchoperationen

Bei einem Bruch (Hernie) handelt es sich um eine Schwäche der Bauchwand, so dass es zur Ausstülpung von Bauchhöhleninhalt (meistens Darm oder Darmteile) bis unter die Haut kommt. Die meisten Brüche treten in der Leistengegend auf. Dabei zwingt sich der Darm durch den Leistenkanal. Es besteht dann die Gefahr, dass es zum Einklemmen und zum Absterben des

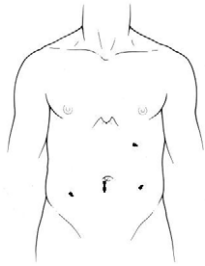


ausgestülpten Darms kommt. Die Operation besteht darin, dass der Bruchinhalt in die Bauchhöhle zurückgeschoben, die Ausstülpung des Bauchfells (Auskleidung der Bauchhöhle)

verkleinert wird und anschließend die Bauchwand verschlossen wird. Wenn die Bauchwand zu schwach ist, muss unter Umständen ein künstliches Netz eingenäht werden.

Laparoskopische Chirurgie (Minimal-invasive Chirurgie = Chirurgie mit kleinstmöglichen Hautschnitten)

Operationen bei Gallensteinen, Leistenbrüchen, Leberzysten, Zwerchfellbrüchen, Nebennierentumoren, entzündlichen und anderen Darmerkrankungen, krankhaftem Übergewicht und bei Verdacht auf eine Blinddarmentzündung können auch laparoskopisch durchgeführt werden. Laparoskopische Chirurgie bedeutet, dass kein größerer Bauchschnitt durchgeführt,



sondern über einen ca. 3 cm langen Schnitt eine Kamera in den Bauchraum eingebracht wird. Über 2-4 zusätzliche kleine Schnitte werden Arbeitsinstrumente eingeführt. Laparoskopische Operationen bringen in vielen, aber nicht in allen Fällen Vorteile gegenüber den herkömmlichen Operationstechniken. Ihr Arzt wird Ihnen die bei Ihrer Erkrankung sinnvolle und geeignete Methode empfehlen. In manchen Fällen muss aus operationstechnischen Gründen während der Operation vom laparoskopischen auf das offene Verfahren umgestellt werden.

Operationstag

Vorbereitung

Ab Mitternacht dürfen Sie vor der Operation weder essen noch trinken und auch nicht rauchen, da sonst das Risiko einer Komplikation während der Operation deutlich erhöht ist. Am Morgen sollten Sie duschen und nur ein frisches Krankenhaushemd sowie Antithrombosestrümpfe anziehen. Etwa eine Stunde bevor Sie in den Operationssaal gebracht werden erhalten Sie das vom Narkosearzt verordnete Medikament zur Narkosevorbereitung, das Sie beruhigt und schläfrig macht.

Betreuung nach der Operation

Für die ersten Stunden nach der Operation ist eine intensive Überwachung des Herz-Kreislauf-Systems, der Lungen und Nieren notwendig. Deshalb werden Sie in den Aufwachraum oder auf die Intensivstation verlegt. Wenn Ihr Kreislauf stabilisiert ist, werden Sie in Ihr Zimmer auf der Station zurückverlegt. In manchen Fällen kann es notwendig sein, dass Sie nach der Operation für eine bestimmte Zeit (meistens zwischen 24 und 48 Stunden) künstlich beatmet oder intensiv überwacht werden müssen. Diese Behandlung wird auf der Intensivbehandlungsstation durchgeführt.

Die Erholungsphase nach der Operation

Schmerzen

Außer bei kleinen Eingriffen erhalten heutzutage die meisten Patienten eine moderne Schmerztherapie, bei der zum Teil Schmerzfasern im Rückenmark direkt beeinflusst werden. Dazu wird während der Anästhesie (Narkose) ein feiner Schlauch in die Umgebung des Rückenmarkes (PDA: *Peridural-Anästhesie*) eingelegt. Dieses Verfahren erlaubt eine vollständige Schmerzausschaltung. Kann diese Methode bei Ihnen nicht angewendet werden, so gibt es die Alternative der «Patienten-kontrollierten Schmerztherapie» (PCA: *patient controlled anesthesia*). Sie erhalten dabei Schmerz-Medikamente über eine Pumpe mit Infusionsleitung direkt in die Vene und bestimmen über eine Taste die Dosierung selbst. Wichtig ist es für Sie zu wissen, dass es heutzutage nicht mehr nötig ist, nach einer Operation an starken Schmerzen zu leiden.

Nahrungsaufbau

Bei einem großen Teil der Patienten wird der Magen-Darm-Trakt unmittelbar nach der Operation mit einer Magensonde (feiner Schlauch durch die Nase) entlastet. Dieser Schlauch kann meistens am Operationstag oder aber am Tag nach der Operation entfernt werden, und Sie werden auch bald schluckweise trinken können. Sobald der Magen-Darm-Trakt seine Funktion wieder aufnimmt (Darmgeräusche, Luftab-

gang, Stuhlgang) kann mit dem Nahrungsaufbau begonnen werden. Heutzutage wird mit dem Nahrungsaufbau auch bei großen Operationen am Magen-Darm-Trakt schon ab dem ersten oder zweiten postoperativen Tag begonnen, das heißt Sie dürfen wieder anfangen zu trinken und zu essen. Sollte der Nahrungsaufbau einmal nicht so schnell durchgeführt werden können, erhalten Sie in dieser Zeit eine Nährlösung und Flüssigkeit entweder über eine Infusion oder eine Magensonde, damit der Körper ausreichend Nahrungsstoffe und Flüssigkeit erhält und Sie keinen Hunger oder Durst verspüren. Zusätzlich können Sie den Mundraum mit einem flüssigkeitsgetränkten Wattestäbchen befeuchten.

Atem- und Inhalationstherapie, Thromboseverbeugung

Zur Vorbeugung einer Lungenentzündung, welche nach Operationen bei langem Liegen entstehen kann, werden Sie Ihre Lunge unter Anleitung eines Physiotherapeuten mit einem speziellen Gerät trainieren. Bei Patienten mit vorgeschädigten Lungen (z. B. Raucherbronchitis) kann man zudem die Luftwege mit Medikamenten, die mit speziellen Geräten inhaliert werden, erweitern. Wichtig ist dabei, dass Sie nach der Operation keine Schmerzen haben, damit Sie die Übungen gut durchführen können. Um die Entstehung von Blutgerinnsel in Ihren Beinarterien zu verhindern (Thrombose), die zu Verschlüssen der Lungengefäße (Lungenembolie) führen könnten, werden Sie Kompressionsstrümpfe tragen. Zudem werden Sie während Ihres gesamten Klinikaufenthaltes täglich eine kleine Spritze zur sogenannten Blutverdünnung in die Haut des Oberschenkels oder des Bauches erhalten. Sie sollten sich nach der Operation mit Hilfe des Pflegepersonals möglichst frühzeitig an den Bettrand setzen und sogar einige Schritte gehen, um ihren Kreislauf anzuregen. Ist dies nicht möglich, müssen Sie im Bett die Beine regelmäßig bewegen. Durch solch einfache Maßnahmen können gefährliche postoperative Komplikationen vermieden werden.

Wundpflege

Ein erster Verbandswechsel wird in der Regel am 2. Tag nach der Operation durchgeführt. Die Wunde wird dann täglich kontrolliert, desinfiziert und – falls notwendig – durch die Pflegekräfte neu verbunden. Bei gut verheilenden Wunden können Sie bereits ca. 1 Woche nach der Operation wieder duschen. Die Fäden werden je nach Operation zwischen dem 3. (Hals, Leistenhernien) und 10. Tag (Bauch) nach dem Eingriff entfernt.

Offene Wunden, wie sie bei Entzündungen der Wunde auftreten können, werden ebenfalls täglich kontrolliert und mit feuchten Verbänden versorgt. Erhebungen (Wülste) der Wunde gleichen sich mit der Zeit von selbst aus. Die Heilung kann dadurch etwas länger dauern und die Narbe etwas breiter werden.

Drainageschläuche (feine Plastikstreifen oder kleine Plastikröhrchen) werden je nach Flüssigkeit (Sekret), die aus dem Wundgebiet abfließt, wenige Tage nach der Operation ohne nennenswerte Schmerzen entfernt.

Mitgliedschaft in der Gastro-Liga e.V.

Ich möchte Mitglied in der Gastro-Liga e.V. werden.
Nachfolgend mein Aufnahmeantrag:

Name _____

Vorname _____

Beruf _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Datum _____

Unterschrift _____

.....
 Mit der Abbuchung des jährlichen Mitgliedsbeitrags in
Höhe von _____
(Mindestbeitrag € 30/Jahr)

Betrag in Worten _____

bei _____
(Bank, Sparkasse, Postgiroamt)

BLZ _____ Konto-Nr. _____

bin ich einverstanden

Datum _____ Unterschrift _____

.....
Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an
Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben
elektronisch gespeichert werden.

Den ausgefüllten und unterzeichneten Antrag senden Sie
bitte an:

Gastro-Liga e. V. • Friedrich-List-Straße 13 • 35398 Gießen
Telefax 06 41-9 74 81 - 18

RATGEBER FÜR PATIENTEN

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

SPEISERÖHRE

- Sodbrennen und säurebedingte Magenbeschwerden

MAGEN

- Der Magen
Aufgaben und Erkrankungen – ein Überblick
- Entzündungen (Gastritis) und Geschwüre des Magens und Zwölffingerdarms
- Reizmagen (funktionelle Dyspepsie) – ein häufiges Krankheitsbild
- Kampf dem Magenkrebs
Auch Sie können selbst dazu beitragen
- Schmerzmittel und Magen

LEBER

- Fettleber
- Funktion der Leber / Galle
- Was Sie schon immer über Gelbsucht wissen wollten und sollten!
- Was Sie über Leberzirrhose wissen sollten!

DARM

- Obstipation (Verstopfung)
- Kampf dem Darmkrebs
Auch Sie können selbst dazu beitragen
- Blähsucht – Meteorismus
Was Sie selbst zur Behebung Ihrer Beschwerden beitragen können
- Pilze im Stuhl
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen –
Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- Was Sie schon immer zum Reizdarmsyndrom wissen wollten

BAUCHSPEICHELDRÜSE

- Die Bauchspeicheldrüse und ihre Erkrankungen

DIAGNOSTISCHE VERFAHREN

- Die Computertomographie des Bauchraumes (Abdomen-CT)
- Magnetresonanztomographie in der Gastroenterologie
- Ultraschall (Sonographie)
- Färbefahren und Laserdiagnostik in der Gastroenterologie

WEITERE THEMEN

- Schutzimpfungen im Erwachsenenalter
- Probiotika

Verfasser:

PD Dr. Jörg Kleeff

Prof. Dr. Jan Schmidt

Prof. Dr. Helmut Friess

Prof. Dr. Markus W. Büchler

Abteilung Allgemeine, Viszerale, Unfallchirurgie und Poliklinik

Chirurgische Universitätsklinik

Universität Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 110

69120 Heidelberg

GASTRO  LIGA[®] e. v.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm
und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung e.V.

Friedrich-List-Straße 13 · 35398 Giessen · Germany

Tel. +49-6 41- 9 74 81 - 0 · Fax +49-6 41-9 74 81 - 18

Internet: www.gastro-liga.de

E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de