
Rektozele

Dr. med. Haug Loriz

ArbeitsGemeinschaft BeckenBodenGesundheit e.V.
www.ag-bbg.de

Rektozele

Eine Rektozele ist eine Ausbuchtung des unteren Mastdarmes direkt oberhalb des Schließmuskels. Sie entsteht fast ausschließlich bei Frauen.

Eine Rektozele kann aus einer Kombination von chronischer Verstopfung und Bindegewebsschwäche entstehen. Durch starkes Pressen beim Stuhlgang entsteht eine chronische Ausbuchtung.

Die meisten Rektozelen stellen einen Normalzustand dar. Nur wenn eine Rektozele Beschwerden verursacht, ist sie als Krankheit anzusehen. Solche Beschwerden äußern sich meist durch eine gestörte Stuhlentleerung oder Schmerzen im Bereich des Enddarmes und der Scheide.

Die Untersuchungen bei einer Rektozele beinhalten das genaue Befragen der Patientin sowie die körperliche Untersuchung. Zusätzlich sollte immer eine Mast- und Enddarmspiegelung durchgeführt werden.

Die Behandlung der Rektozele erfolgt kombiniert, das heißt konservative Maßnahmen unterstützen der Erfolg einer Operation. Eine operative Therapie kann je nach genauem Befund von einem Chirurgen oder Gynäkologen durchgeführt werden.

Wie entsteht eine Rektozele?

Eine Rektozele kann durch starkes Pressen im Rahmen einer chronischen Verstopfung entstehen. Meist besteht zusätzlich eine unter Umständen altersbedingte Bindegewebsschwäche, die die Bildung einer Rektozele beschleunigt.

Besteht eine dauerhafte Stuhlentleerungsstörung (ODS, obstruktives Defäkationssyndrom), kann diese die Entstehung einer Rektozele fördern. Eine Rektozele kann aber auch Ursache einer Stuhlentleerungsstörung sein.

Eine neu aufgetretene Veränderung der Stuhlgewohnheiten ist ein Alarmsymptom und sollte weitere Untersuchung zur Folge haben um z.B. einen Darmtumor auszuschließen.

Welche Beschwerden entstehen durch eine Rektozele?

Eine symptomatische Rektozele kann eine Vielzahl von Beschwerden verursachen, die nicht alle mit der Stuhlentleerung zusammenhängen müssen.

- chronische Verstopfung
- starkes Pressen bei Stuhlgang
- Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung
- dauerhafter Stuhldrang
- Druckgefühl im Enddarm, am Damm oder in der Scheide
- Schmerzen bei der Stuhlentleerung
- häufiger Stuhlgang nur kleiner Mengen
- ungewollter Stuhlabgang
- Zuhilfenahme eines Fingers bei der Stuhlentleerung
- Verwendung von Einläufen oder Zäpfchen
- „erfolgloser“ Toilettenbesuch

- extrem langer Toilettenbesuch

Wie wird eine Rektozele untersucht?

Die Diagnose einer Rektozele kann durch das genaue Befragen des Patienten in Kombination mit der körperlichen Untersuchung gestellt werden.

Da die meisten Rektozelen aber völlig harmlos sind, müssen weitere Untersuchungen die Frage klären, ob die Rektozele für bestimmte Beschwerden verantwortlich ist.

Spezielle Fragebögen erleichtern den Schweregrad einer Erkrankung einzuschätzen. Manchen Patienten fällt es zudem leichter einen Fragebogen auszufüllen, als dieses heikle Thema offen von sich aus anzusprechen.

Eine dynamische Magnetresonanztomographie des Beckenbodens (dynamisches Beckenboden-MRT, MRT-Defäkographie) kann zeigen wie sich der Darm und die weiteren Beckenorgane sowie der Beckenboden bei unterschiedlichen Belastungen verhält. Die MRT-Untersuchung verwendet dabei keine Röntgenstrahlen und ist aus diesem Grund der Röntgen-Defäkographie vorzuziehen.

Eine Darm-Passagezeituntersuchung kann zeigen, ob eine chronische Verstopfung durch eine allgemeine Darmträgheit oder ein bestimmtes Problem wie eine Rektozele hervorgerufen wird. Hierbei wird an sechs aufeinanderfolgenden Tagen je eine Kapsel eingenommen und am siebten Tag ein Röntgenbild angefertigt.

Die komplette Darmspiegelung soll klären ob Veränderungen des Darmes wie eine chronische Entzündung oder ein Tumor vorliegen. Die End- und Mastdarmspiegelung hilft vergrößerte Hämorrhoiden oder schmerzende Wunden (Fissur) als Ursache einer Verstopfung auszuschließen. Ein innerer Mastdarmvorfall (Intussuszeption) zeigt sich im Rahmen der Mastdarmspiegelung; hier kann sehr einfach auch die Größe dieses Vorfalls eingeschätzt werden.

Die Druckmessung des Schließmuskels (Analmanometrie) gibt Auskunft darüber, ob eine Störung des Beckenboden-Schließmuskelgleichgewichts (Beckenbodendyssynergie) vorliegt.

Die endoskopische Ultraschalluntersuchung des Enddarmes und des Schließmuskels (Endosonographie) soll mögliche krankhafte Veränderungen in diesem Bereich aufzeigen.

Je nach Ausprägung der Beschwerden und Ergebnissen der einzelnen Untersuchungen können weitere Untersuchungen notwendig sein.

Wie behandelt man eine Rektozele?

Viel wichtiger als die Frage wie behandelt wird ist die Frage wann behandelt wird. Diese Frage kann nicht pauschal beantwortet werden. Eine Rektozele, die keine Beschwerden verursacht, bedarf in der Regel keiner Behandlung. Die Behandlung einer Verstopfung beruht oft auf der Annahme, jeder Mensch müsse jeden Tag Stuhlgang haben. Wenn jedoch schwerwiegende Erkrankungen ausgeschlossen werden konnten, ist auch eine seltene oder unregelmäßige Stuhlentleerung nicht krankhaft.

Konservative Behandlung

Durch Anpassung der Lebensweise können viele Beschwerden um eine gestörte Stuhlentleerung gebessert werden. Durch eine ballaststoffreiche Ernährung und eine tägliche Trinkmenge von 2-3 Litern stellt sich in den meisten Fällen ein regelmäßiger Stuhlgang ein. Zusätzlich können gut verträgliche Medikamente - wie indische Flohsamenschalen -, die im Darm verbleiben, sogar lebenslang eingenommen werden.

Ein eventuell bestehendes Übergewicht sollte nach Möglichkeit reduziert werden.

Die Stuhlentleerung geschieht unter Mithilfe der Beckenbodenmuskulatur und der Schließmuskeln. Das fein abgestimmte Zusammenspiel dieser Muskeln kann durch eine spezielle Beckenbodengymnastik, die mit einem speziell ausgebildeten Physiotherapeuten erlernt wird, verbessert werden.

Auf einem ähnlichen Prinzip beruht das Biofeedbacktraining. Hierbei wird über eine kleine Sonde die Anspannung des Beckenbodens verdeutlicht, was das Training in diesem Bereich vereinfacht. Nach einer Einführung in das Gerät erfolgt das weitere Training ungestört in Ihrer häuslichen Umgebung. Auch hier wird der muskuläre Beckenboden gestärkt und das Zusammenspiel verbessert.

Je nach Ausführung des Biofeedbackgerätes ist eine gleichzeitige passive Stimulation möglich.

Milde sportliche Aktivität wirkt sich insgesamt positiv auf den gesamten Körper aus.

Operative Behandlung

Besteht eine Rektozele und sind die Beschwerden auf die Rektozele zurückzuführen, kann durch eine geeignete Operation geholfen werden.

Ziel der Operation ist es die Anatomie wiederherzustellen und so die gestörte Stuhlentleerung zu verbessern.

Vor Planung einer Operation ist es wichtig nach möglichen weiteren Faktoren zu suchen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Beschwerden haben. Besteht zum Beispiel neben einer Rektozele ein innerer Mastdarmvorfall (Intussuszeption) oder eine chronisch wiederkehrende Entzündung, so ist das Verfahren der Operation hierauf abzustimmen. Exemplarisch sind hier Verfahren beschrieben, die regelhaft zur Beseitigung einer Rektozele und eines inneren Mastdarmvorfalls Anwendung finden.

Bei der STARR- oder Transtar-Operation erfolgt der komplette Eingriff durch den Enddarm. Hierbei wird das lockere, überschüssige Gewebe mithilfe eines Klammernahtgerätes entfernt und die entstandene Wunde direkt verschlossen. Der Darm wird so begradigt und die Ausbuchtung soweit reduziert, dass der Stuhlgang problemlos passieren kann.

Besteht ein sehr großer Gewebeüberschuss oder fällt Gewebe aus höheren Darmanteilen vor, stößt die Operation durch den Enddarm an ihre Grenzen. Die sogenannte Resektionsrektopexie ist ein Eingriff, der durch die Bauchhöhle - heute überwiegend in minimalinvasiver Technik - durchgeführt wird. Nach Lösen des Darmes wird ein Teil des Dickdarmes entfernt, der verbliebene Mastdarm wird gestreckt und begradigt bevor die Enden mit einander verbunden werden.

Da sich die Rektozele im Grenzgebiet zwischen chirurgischer Proktologie und Gynäkologie befindet, sind auch Operationsverfahren von der Scheide aus möglich, die ebenfalls darauf abzielen die gestörte Anatomie zu korrigieren.

Dr. med. Haug Loriz
Facharzt für Visceralchirurgie

Evangelische Kliniken Bonn
Betriebsstätte Johanniterkrankenhaus
Johanniterstr. 1-3
53113 Bonn

0228/543-3513
haug-lambert.loriz@ek-bonn.de