



Ratgeber

Stomarückverlagerung

Operation, Therapie und Ernährung

Inhalt

- 4 Wie funktioniert der Darm?
- 6 Was passiert bei der Rückverlagerung?
- 8 Was passiert mit meinem Körper nach der OP?
- 10 Wie funktioniert der Darm nach der OP?
- 14 Was kann ich bei Darmfunktionsstörungen tun?
- 18 Warum ist ein Ernährungsmanagement wichtig?
- 20 Was kann ich selbst tun?
- 22 Sind Ballaststoffe für mich geeignet?
- 24 Was hilft bei Blähungen, flüssigem Stuhl und Verstopfung?
- 27 Warum ist ein Flüssigkeitsmanagement so wichtig?
- 29 Das Wichtigste zum Schluss
- 30 So wirken Nahrungsmittel
- 32 Ihr Ernährungstagebuch
- 34 Hilfreiche Adressen und Informationen

Ihr *Weg zurück* in den Alltag

Sie stehen bald vor einer wichtigen Operation: die Rückverlagerung Ihres Stomas. Und sicherlich haben Sie viele Fragen: Was passiert bei der Operation? Wie verhält sich mein Körper danach? Was sollte ich bei der Ernährung beachten? Wir möchten Sie mit diesem Ratgeber dabei unterstützen, sich schon jetzt auf Ihren neuen Alltag vorzubereiten. Auf den nächsten Seiten erfahren Sie Wichtiges zur Operation, was Sie bei Darmfunktionsstörungen tun können und wie Ihnen die richtige Ernährung helfen kann. Wir stehen Ihnen zur Seite!

Ihre Coloplast GmbH

Collage „Schwerelose Momente“ von Barbara Ehrmann



Zu den **Autoren**



Prof. Dr. med. Andreas Rink,
Leiter der Sektion „Minimalinvasive onkologische Chirurgie“
für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie“
am Universitätsklinikum Essen. Verfasser des
medizinischen Teils von Seite 4 bis 17.



Claudia Paul,
Diätassistentin und Ernährungsmedizinische
Beraterin/DGE (Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e. V.). Verfasserin des
Ernährungsteils von Seite 18 bis 33.

Wie funktioniert der Darm?

Um besser zu verstehen, wie sich die Rückverlagerung eines künstlichen Darmausgangs auf den Körper auswirkt, hilft es, sich die Aufgaben des Darms einmal genauer anzusehen. Während die Aufnahme der Nährstoffe aus der Nahrung nahezu ausschließlich im Dünndarm stattfindet, hat der Dickdarm die Aufgabe, im Nahrungsbrei befindliches Wasser aufzunehmen und den Stuhl einzudicken. Im unteren Teil des Dickdarms wird der Stuhl gespeichert, bis dann zu einem geeigneten Zeitpunkt die Entleerung stattfindet. Der Enddarm ist ein hoch spezialisierter Darmanteil, der zusammen mit dem Afterschließmuskel den Stuhlkontinenzapparat des Menschen darstellt. Er ermöglicht, den Stuhl einzuhalten und bei Bedarf willentlich zu entleeren.

Beim Darmgesunden wird die Darmentleerung dadurch in Gang gesetzt, dass sich eine Kontraktionswelle durch den Dickdarm bewegt, die den Stuhl in Richtung auf den Enddarm zubewegt. Die hierdurch bedingte Füllung des Enddarms löst einen Dehnungsreiz aus, der als Stuhl drang wahrgenommen wird. Der Enddarm übernimmt dabei die Aufgabe einer Art Bremse: Er sorgt dafür, dass die

kräftige, auf den Schließmuskel hin gerichtete Kontraktionswelle gebrochen wird und der Druckanstieg im Enddarm viel geringer ist als in den höher gelegenen Darmabschnitten, was das Stuhlhalten erleichtert. Im Einzelnen sind am Stuhlhalte- und Entleerungsmechanismus viele Reflexe beteiligt, die durch Nervenverschaltungen zwischen Enddarm und Schließmuskel, aber auch zwischen den Beckenorganen und den Nervenzentren im Gehirn und Rückenmark vermittelt werden.

Ist aufgrund von Tumor oder Entzündung eine Entfernung des Enddarms notwendig, kann ein höher gelegener Abschnitt des Dickdarms oder – nach Totalentfernung des Dickdarms – auch der Dünndarm als Ersatz dienen. Voraussetzung ist der Erhalt des Schließmuskelapparats. Der „Ersatzenddarm“ hat dann aber andere Eigenschaften als der frühere Enddarm, so dass häufig funktionelle Störungen auftreten, die die Fähigkeit, den Stuhl zu halten, genauso betreffen wie die, ihn vollständig zu entleeren. Ursächlich sind hierfür veränderte Druckverhältnisse, eine reduzierte Reservoirfunktion, eine eingeschränkte

Mund und
Speiseröhre

nervale Kontrolle des „Ersatzenddarms“ sowie in vielen Fällen auch eine Schwächung des Afterschließmuskels. Als Folge können unwillkürlicher Stuhlabgang (Stuhlinkontinenz), Verstopfungen, eine Erhöhung der Stuhlfrequenz und das Problem von dringlichem (imperativem) Stuhldrang auftreten, was bei den Betroffenen zu einer ständigen Sorge führt, bei Bedarf nicht rechtzeitig eine Toilette erreichen zu können. Grundsätzlich muss Ihr Darm nach der Operation natürlich erst wieder lernen, richtig zu funktionieren. Geben Sie Ihrem Körper etwas Zeit.

Dünndarm

Magen

Dickdarm

Enddarm

Die aufgenommene Nahrung passiert Mund, Speiseröhre, Magen, Dünn- und Dickdarm, ehe ihr Überrest in Form von Stuhl über den Enddarm ausgeschieden wird.

Was passiert bei der Rückverlagerung?

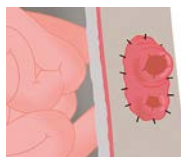
Wann ist eine Rückverlagerung möglich?

Bevor ein Stoma zurückverlegt werden kann, ist zunächst eine umfangreiche Diagnostik durch den behandelnden Arzt notwendig. Diese hängt vor allem davon ab, mit welcher Erstoperation die Stomaanlage in Zusammenhang stand und inwieweit der Darm vor der Erstoperation untersucht wurde. Die Grundvoraussetzungen für eine Rückverlagerung des Stomas sind:

- Der Schließmuskel konnte erhalten werden und ist funktionsfähig.
- Der hinter dem Stoma befindliche Darmabschnitt ist intakt.
- Etwaige Entzündungen im Darm sind vollständig verheilt.
- Chemo- oder Bestrahlungstherapien sind im Moment nicht notwendig.

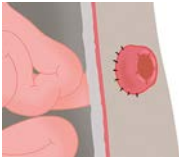
Das passiert bei der Operation

Grundsätzlich wird unterschieden, ob es sich um ein endständiges Stoma handelt, bei dem der Enddarm blind verschlossen ist, oder um ein doppel-läufiges Stoma, welches nur zum Schutz einer bereits erfolgten Operation zur Rekonstruktion des Enddarms angelegt wurde.



Die Rückverlagerung des doppel-läufigen Stomas ist vergleichsweise einfach. Das Stoma wird nur im

Bereich der Durchtrittsstelle aus der Bauchdecke ausgelöst. Abhängig von dessen Beschaffenheit kann es dann entweder „zurückgekrempt“ und der Darm an der Vorderwand zugenäht oder aber komplett entfernt und durch eine neue Nahtverbindung der vor und hinter dem Stoma liegenden Darmabschnitte rekonstruiert werden. Das Risiko für eine Nahtundichtigkeit ist in beiden Fällen relativ gering. Für den Wundverschluss an der ehemaligen Stomastelle existieren unterschiedliche Techniken: Entweder wird das Areal fischmaulartig umschnitten und die Wunde unter Einlage einer Drainage verschlossen. Alternativ kann man aber auch die Wunde nur partiell verschließen und eine minimale Drainageöffnung belassen. Der Vorteil hierbei ist, dass das Risiko einer Wundinfektion minimiert wird, das bei einem Nahtverschluss aufgrund des bei diesen Operationen immer vorhandenen Kontakts der Wundflächen mit Darmbakterien vergleichsweise hoch ist.



Bei der **Rückverlagerung eines endständigen Stomas** (fachsprachlich

Reanastomosierung)

muss die Kontinuität zwischen dem Stoma und dem blind verschlossenen Darmabschnitt wiederhergestellt werden. Abhängig von der Länge und Beschaffenheit des ausgeschalteten Darmabschnitts und von der Ursache der Operation, die zur Anlage des künstlichen Darmausgangs geführt hat, können diese Eingriffe sehr aufwendig sein. In einigen Fällen muss zum Schutz der neu angelegten Nahtverbindung zum ausgeschalteten Enddarm erneut ein Stoma angelegt

werden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Dickdarm im Rahmen einer schweren geschwürigen Dickdarmentzündung (Colitis ulcerosa) in einem Notfalleingriff entfernt und ein endständiger Dünndarmausgang angelegt wurde, oder auch schon mal, wenn bei einer Perforation des Dickdarms eine Entfernung des erkrankten Dickdarmsegments mit Anlage eines endständigen Dickdarmausgangs erfolgt ist. In anderen Fällen kann ein solcher Eingriff aber auch kaum belastender als eine Rückverlagerung eines doppelläufigen Stomas sein, nämlich dann, wenn die Operation vollständig in minimalinvasiver Technik durchgeführt werden kann.



Tipp:

Doppelläufiges oder endständiges Stoma? Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, welche Rückverlagerung in Ihrem Fall durchgeführt wird und welche Untersuchungen auch in Bezug auf Ihre Krankheitsgeschichte vorab noch notwendig sind.

Was passiert mit meinem Körper *nach der OP*?

Nahrungsaufnahme nach der Operation

Nach jeder Darmoperation ist die Beweglichkeit des Darms eingeschränkt. Das Ausmaß dieser Bewegungseinschränkung hängt vor allem von der Art der Operation ab, aber auch von einer Reihe weiterer Faktoren, wie dem Ausmaß postoperativer Schmerzen sowie der Art der Schmerztherapie. Zudem gibt es unabhängig von den genannten Kriterien individuelle Unterschiede.

Nach unkomplizierter Stomarückverlagerung wird eine normale Nahrungs-

aufnahme in der Regel spätestens am dritten Tag erreicht. Wichtig ist aber, dass man immer nur so viel Nahrung zu sich nimmt, wie der Darm auch transportieren kann. Der Teller muss nach der Rückverlagerung nicht unbedingt leer gegessen werden. Transportiert der Darm noch nicht richtig, setzt schnell ein Sättigungsgefühl ein. Auf dieses Signal des Körpers sollten Sie unbedingt hören. Mehr zum Thema Ernährung finden Sie ab Seite 18.

Darmentleerung

Das Wiedereinsetzen der Darmentleerung über den normalen Weg beginnt in Abhängigkeit von der noch vorhandenen Darmlänge in der Regel am ersten bis dritten postoperativen Tag. Normalerweise kann bis zu diesem Zeitpunkt die Nahrungsaufnahme bis zur Normalkost gesteigert werden. In einigen Fällen kommt es jedoch – meist durch ein Anschwellen der Nahtverbindung – zu einer Passagestörung, die sich durch Übelkeit nach der Nahrungsaufnahme, Völlegefühl und unter Umständen auch Erbrechen äußert. In diesen Fällen muss man die Nahrungsaufnahme zurückfahren. Unter Umständen ist auch die Entlastung des Magens über eine Magensonde unter



Tipp:

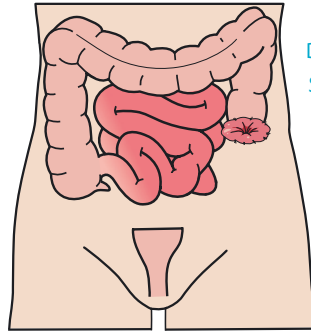
Woher weiß ich, ob mein Darm wieder aktiv ist? Hören Sie auf Ihren Körper. Ein „knurrender Magen“ und Luftabgänge sind ein gutes Signal dafür, dass Ihr Darm wieder beweglicher wird. Ihr behandelnder Arzt kann das aber auch durch Abhören des Bauchs mit dem Stethoskop feststellen.

gleichzeitiger Gabe von Flüssigkeit über die Vene notwendig. Nach Abklingen kann langsam die Nahrungsaufnahme wieder gesteigert werden.

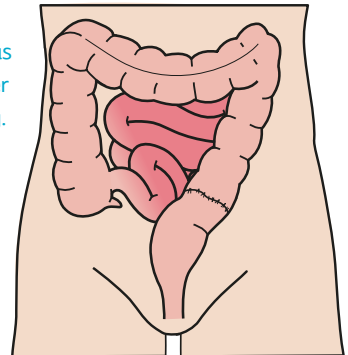
Grundsätzlich kann es zu folgenden Veränderungen der Darmfunktion kommen:

- **Frequenzänderung:** Die Häufigkeit der Darmentleerung steigt auf mehr als dreimal täglich.
- **Dringlichkeit des Stuhlgangs:** Ein Darmentleerungsreiz geht mit dem Gefühl einher, unverzüglich eine Toilette erreichen zu müssen, damit es nicht zu einem ungewollten Stuhl- abgang kommt.
- **Durchfall:** Der Stuhl ist weich oder wässrig und kann damit schlechter zurückgehalten werden.
- **Darmentleerungsstörung:** Bei vollem Enddarm gelingt der Versuch der Darmentleerung nicht oder es kommt nur zu einer Teilentleerung. Neben dem Gefühl der unvollständigen Entleerung führt dies zu häufigen und oftmals frustrierten Entleerungsversuchen.

- **Inkontinenz:** Es kommt zu einem unkontrollierten Abgang von Stuhl oder Luft (Blähungen).
- **Verstopfung (Obstipation):** Sie können nicht auf die Toilette oder Ihr Stuhl ist sehr hart.



Das ist die Situation vor Reanastomose-
sierung.



Das ist das Ergebnis der Reanastomosierung. Gerade kurz nach der Operation kann die Beweglichkeit des Darms noch eingeschränkt sein.

Wie funktioniert der Darm nach der OP?

Abhängig von Ihrer Voroperation und der daraus resultierenden Restdarmlänge und Darmfunktion können unterschiedliche Darmfunktionsstörungen auftreten, die allerdings in der Regel mit entsprechenden Therapie gut in den Griff zu bekommen sind. Grundsätzlich muss Ihr Darm nach der Rückverlegung natürlich erst wieder lernen, richtig zu funktionieren. Geben Sie Ihrem Körper etwas Zeit.



Tipp:

Bei anhaltender Durchfallsymptomatik sollten Sie Ihren Arzt bezüglich der Abklärung möglicher Ursachen kontaktieren.

Funktion nach Entfernung eines Dickdarmsegments unter Erhalt des Enddarms

Ist bei Ihnen im Rahmen der Erstoperation nur ein Teil des Dickdarms entfernt worden, der Enddarm aber vollständig oder weitgehend erhalten, treten meist nur geringe Funktionsstörungen auf. Das Wiedereinsetzen der Darmfunktion nach Rückverlagerung des Stomas kann gelegentlich etwas auf sich warten lassen, so dass man das Einsetzen der Darmentleerung durch die kurzfristige Einnahme von Abführmitteln oder Abführzäpfchen unterstützen kann. In seltenen Fällen kann auch längerfristig die Einnahme von Abführmitteln notwendig sein. Ist die Erstoperation aufgrund einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung erfolgt, muss immer auch an die Möglichkeit eines Erkrankungsschubs der Grunderkrankung gedacht werden. Nicht selten manifestiert sich auch eine zuvor bestehende Nahrungsmittelunverträglichkeit (z. B. Laktoseintoleranz) erst nach einer Darmoperation.



Tipp:

Leide ich unter LARS? Mit dem LARS-Score können Sie mithilfe von fünf Fragen Ihren LARS-Schweregrad bestimmen. Danach kann dann auch Ihre Therapie ausgerichtet werden.

Downloaden Sie den LARS-Score unter:
www.coloplast.to/stomarv-ratgeber



Funktion nach schließmuskelerhaltender Entfernung des Enddarms

Auch nach Entfernung des Enddarms unter Erhalt des Schließmuskels kann das Wiedereinsetzen der Darmfunktion nach Stomarückverlagerung einige Tage auf sich warten lassen, kann aber auch schon am ersten postoperativen Tag einsetzen. Manchmal geschieht dies plötzlich und unerwartet, so dass es auch schon mal zu einem ungewollten Stuhlabgang kommen kann, insbesondere dann, wenn der Enddarm vollständig bis an den Oberrand des Schließmuskels oder bis innerhalb des Schließmuskels entfernt wurde und damit die Nahtverbindung zwischen Ersatz-

enddarm und natürlichem Enddarm unmittelbar am oder im Schließmuskel zu liegen kommt. Die Funktionsstörungen, die im weiteren Verlauf nach einer solchen Operation auftreten, sind durch die eingeschränkte Stuhthaltefunktion auf der einen und die gestörte Darmentleerung auf der anderen Seite bedingt und werden als anteriores Resektionssyndrom (Low Anterior Resection Syndrom = LARS) zusammengefasst. Symptome von LARS beinhalten Stuhlinkontinenz oder fäkale Dringlichkeit, häufige oder fragmentierte Darmbewegungen, Entleerungsschwierigkeiten und erhöhte Darmgase. Die Lebensqualität vieler Betroffener ist hierdurch erheblich beeinträchtigt.

Funktion nach Totalentfernung des Dickdarms (Pouchoperation)

Ist der Dickdarm zum Beispiel infolge einer Colitis ulcerosa vollständig entfernt und der Enddarm durch einen Dünndarpouch ersetzt worden, setzt der Stuhlgang meist schon am ersten postoperativen Tag ein. Das Wiedereinsetzen kann relativ heftig sein und in Einzelfällen vor allem nachts zu einem ungewollten Stuhlabgang führen. Dies bedeutet nicht, dass der Pouch nicht funktioniert und dauerhaft eine Nachtkontinenz auftritt! Das führende Problem nach Pouchoperationen ist zu Beginn die hohe Stuhlfrequenz, die kombiniert mit der weichen Konsistenz des relativ aggressiven Darminhalts schnell zu einem Wundsein im Intimbereich führen kann. Die kleinen Wunden brennen bei der Analhygiene und können auch für einen Juckreiz im Analbereich verantwortlich sein. Nach einer Pouchoperation liegt die Menge an Stuhl, die innerhalb von 24 Stunden entleert wird, bei etwa 750 Millilitern, also mehr als dem Dreifachen von dem, was ein Darmgesunder entleert. Diese entleeren sich in fünf bis sechs Portionen über den Tag verteilt. Die Darmfunktion nach Pouchoperation ist in starkem Maße von der Nahrungsaufnahme abhängig. Entsprechende Empfehlungen zur Ernährung finden Sie ab Seite 18. Ist die Stuhlfrequenz trotzdem deutlich erhöht, kann die Darmtätigkeit auch medikamentös reduziert werden (siehe Seite 14).

Funktion nach komplexen proktologischen Eingriffen

Wurde der Darmausgang nur angelegt, um das Auftreten von Komplikationen nach komplexen Eingriffen am Afterschließmuskel zu reduzieren, ist vor der Rückverlagerung der Nachweis des Ausheilens der Operationswunden und der Funktionalität des Schließmuskels notwendig. Dabei hat die Tastuntersuchung durch den erfahrenen Untersucher den gleichen Vorhersagewert wie eine technisch aufwendige Funktionsuntersuchung. Sehr niedrige Werte, vor allem auch ein niedriger Ruhetonus, zeigen jedoch ein statistisch erhöhtes Risiko für das Auftreten von Inkontinenzsymptomen. Lag vor der Operation keine Inkontinenz vor und liegt nach der Operation eine Schließmuskelfunktion vor, die mit der Situation vor der Schließmuskeloperation vergleichbar ist, ist das Auftreten von Funktionsstörungen und von Inkontinenz nach Rückverlagerung eines solchen Schutzstomas sehr unwahrscheinlich.

Funktion nach Stomarückverlagerung bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

Die Vorhersage der Darmfunktion vor Rückverlagerung eines Stomas, welches wegen einer hoch aktiven chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (in der Regel eines M. Crohn) angelegt wurde, ist schwierig. In den meisten Fällen wird die Indikation für eine alleinige Stomaanlage bei chronisch-entzündlichen Darm-



erkrankungen bei floridem M. Crohn mit analen Komplikationen (Fisteln, Abszessen, Hautmanifestation) gestellt. Die Stomaanlage führt meist zu einem schnellen Abklingen der Entzündung im ausgeschalteten Darm und bietet dann oft auch die Möglichkeit zur Sanierung der Erkrankungsmanifestationen im Schließmuskelbereich. Allerdings kann das Abklingen der Entzündung auch mit einer narbigen Schrumpfung des ausgeschalteten Darmsegments einhergehen. Vor einer Rückverlagerung muss daher zum einen sichergestellt

sein, dass noch eine ausreichende Schließmuskelfunktion vorliegt und die analen Manifestationen idealerweise saniert oder zumindest kontrolliert sind und dass die Grunderkrankung optimal medikamentös eingestellt ist. Trotzdem kann die Rückverlagerung eine erneute Aktivierung der Erkrankung im zuvor ausgeschalteten Darmsegment bewirken. Liegt zudem eine narbige Schrumpfung des Enddarms vor, besteht ein nicht unerhebliches Risiko für Inkontinenz, hohe Stuhlfrequenz und imperativem Stuhl drang.

Was kann ich bei *Darm-funktionsstörungen* tun?

Bei der Behandlung von Funktionsstörungen nach Darmoperationen steht das Erreichen einer Kontinenz durch Optimierung der Schließmuskelfunktion im Vordergrund. Im Einzelnen stehen zur Behandlung bei Funktionsstörungen folgende Therapieoptionen zur Verfügung:

- medikamentöse oder diätetische Stuhlregulation,
- Unterstützung der Darmentleerung durch Zäpfchen, Einläufe und Darmspülungen,
- Beckenbodentraining und gezieltes Schließmuskeltraining,
- Beckenbodenschrittmacher.



Tipp:

Nicht immer werden Probleme bei der Darmentleerung vom Betroffenen als solche wahrgenommen. Wenden Sie sich also in jedem Fall an Ihren behandelnden Facharzt, sollten Sie anhaltende Probleme mit der Darmentleerung haben.

Medikamentöse und diätetische Stuhlregulierung

Ist der Stuhl zu weich, sollten Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt zunächst die Ursachen für dieses Symptom abklären. Nach Entfernung des Enddarms unter weitgehendem Erhalt des restlichen Dickdarms sollte der Darm die Fähigkeit zur Stuhleindickung aber behalten. Sollte die Stuhlkonsistenz trotzdem immer flüssig sein, können hierfür spezifische Ursachen vorliegen, die eine medikamentöse oder ernährungstherapeutische Therapie benötigen. Die Art der aufgenommenen Nahrung hat einen erheblichen Einfluss auf die Stuhlmenge und -beschaffenheit. Mehr dazu lesen Sie im Ernährungskapitel ab Seite 18.

Funktionsstörungen nach Dünndarm-pouchoperationen resultieren zum allergrößten Teil aus der relativ großen Menge von nicht richtig eingedicktem, relativ aggressivem Stuhl. Dann kann die Darmtätigkeit auch medikamentös reduziert werden. Stuhleindickende Medikamente, wie zum Beispiel Loperamid oder auch Tinctura opii, schränken die Darmbeweglichkeit ein und sorgen dafür, dass dem Stuhl mehr Flüssigkeit entzogen werden

kann. Hierdurch reduziert sich die Stuhlmenge und erhöht sich die Stuhlfestigkeit. Das Medikament kann auch langfristig eingenommen werden. Wegen der nicht selten auftretenden Hautveränderungen durch die erhöhte Stuhlfrequenz hat auch die Hautpflege im Intimbereich einen hohen Stellenwert. Idealerweise sollte prophylaktisch die Haut durch eine Hautschutzsalbe behandelt werden. Hier kann beispielsweise Zinkpaste zur Anwendung kommen. Es gibt aber auch eine Reihe von speziellen Hautschutzpräparaten (Barrierecremes), die in der Anwendung noch einfacher sind.

Unterstützung des Darmmanagements durch Darmentleerungshilfen

Störungen der Darmentleerungen durch festen Stuhl können als solche schon sehr quälend sein. Sie können aber auch für Stuhlinkontinenzereignisse verantwortlich sein, weil sich am mit harten Stuhl gefüllten Enddarm nur kleinste Mengen verflüssigten Stuhls vorbeischieben können, die dann wegen der niedrigen Konsistenz und dem hohen Druck schlecht einzuhalten sind. Die Anwendung von Darmentleerungshilfen kann in

Achtung:

Sollte im Verlauf nach der Rückverlagerung das Problem einer deutlich erhöhten Stuhlfrequenz auftauchen, sollten Sie vor Beginn einer stuhlregulierenden Medikation immer Ihren behandelnden Arzt aufsuchen, um eine spezifische Ursache, wie beispielsweise eine Pouchentzündung (Pouchitis), auszuschließen.

dieser Situation extrem hilfreich sein, vor allem, weil sie im Gegensatz zur Einnahme von Abführmitteln die Darmentleerung zu einem kalkulierbaren Zeitraum kurz nach ihrer Anwendung initiieren und damit berechenbarer sind.

- **Zäpfchen** (Suppositorien)

Die Anwendung von Zäpfchen ist die einfachste Art einer Entleerungshilfe. Es können entweder Glycerin-Zäpfchen zur Anwendung kommen, die im Wesentlichen einen mechanischen Reiz ausüben und die Passage der Stuhlsäule durch den Bereich der Nahtverbindung und über den Schließmuskel erleichtern, oder es können Zäpfchen verwendet werden, in denen Medikamente enthalten sind, die die Aufnahme von Wasser aus dem Darm verhindern (z. B. Bisacodyl). In beiden Fällen setzt die Wirkung spätestens nach 15 bis 30 Minuten ein.

- **Klysmen und Einläufe**

Ein stärkerer Entleerungsreiz kann durch Einläufe und Klysmen erreicht werden. Man unterscheidet Mikroklistiere und Makroklistiere, wobei Erstgenannte mit einer Flüssigkeitsmenge von ca. zehn Millilitern in ihrer Wirkweise sehr den Zäpfchen ähneln, während die Makroklistiere mit einem Volumen von 50 bis 200 Millilitern einen deutlich stärkeren mechanischen Entleerungsreiz ausüben. Trotzdem sollte in beiden Fällen die Flüssigkeit mindestens 15, besser 30 Minuten im Darm verbleiben, bevor sie mit dem einsetzenden Stuhlgang entleert wird.

- **Transanale Irrigation**

Die transanale Irrigation (TAI) ist ein umfassend dokumentiertes und bewährtes Verfahren zur Darmentleerung. Studien^{1,2,3,4} zeigen, dass die Behandlung mit TAI (Produkt: Coloplast Peristeen®) zu signifikanten Verbesserungen der Kontinenz und Lebensqualität von Patienten mit LARS im Vergleich zu konservativem Darmmanagement führt. Im Zuge des Verfahrens wird körperwarmes Wasser mithilfe eines Rektalkatheters in den Darm eingeleitet, während der Anwender auf der Toilette sitzt.

Peristeen® Plus

Peristeen® ist das weltweit am besten klinisch dokumentierte System zur transanalen Irrigation. Peristeen® Plus hat die gleiche Wirkweise, ist aber noch einfacher anzuwenden. Das System gibt es in zwei Varianten: mit Ballon- und Konuskatheter. Letzteres ist speziell auf die Bedürfnisse von LARS-Patienten zugeschnitten. Es verbessert den LARS-Score und die Lebensqualität signifikant. Mehr Infos dazu unter: www.coloplast.to/stomarov-ratgeber



Durch das Wasser werden die Muskeln im Darm stimuliert und der Stuhl und das Wasser werden hinaustransportiert. Regelmäßige Irrigationen können für bis zu zwei Tage Stuhlinkontinenz und Verstopfung verhindern. Regelmäßige anale Irrigationen sind zwar effizient, es kann aber etwas dauern, bis Sie herausgefunden haben, wie Sie diese am besten anwenden. Ihr Körper muss sich möglicherweise erst an diese neue Methode des Darmmanagements gewöhnen (Studien zur TAI siehe Seite 35).

Beckenbodentraining und gezieltes Schließmuskeltraining

Physiotherapeutische (krankengymnastische) Maßnahmen beinhalten Muskelaufbautraining sowie das Antrainieren bestimmter Mechanismen zur Verbesserung der Stuhlhalte- und Darmentleerungsfähigkeit. Dies geschieht entweder durch aktive Betätigung bestimmter Muskelgruppen unter optischer oder akustischer Erfolgskontrolle (Biofeedback) oder auch durch elektrische Stimulation von Beckenmuskeln (Elektrostimulation) oder durch eine Kombination aus beiden Techniken. Auch können krankengymnastische Übungen zur Verbesserung der globalen Beckenbodenfunktion sinnvoll sein. Physiotherapie ist zur Behandlung der Harn- und Stuhlinkontinenz im Allgemeinen gut etabliert und kann daher auch zur Behandlung von Funktionsstörungen nach Enddarmersatzoperationen empfohlen werden.

Beckenbodenschrittmacher

Auch die Anwendung eines Beckenbodenschrittmachers ist seit vielen Jahren zur Behandlung verschiedener Formen der Harn- und Stuhlinkontinenz gut etabliert. Mehr dazu unter: www.coloplast.to/stomarv-ratgeber



Warum ist ein *Ernährungsmanagement* wichtig?

Vor einer Stomarückverlagerung sollten Sie, genau wie vor der Stomaanlage, eine ausführliche Ernährungs- und Diätberatung von einer erfahrenen Ernährungsfachkraft (z. B. Diätassistent) erhalten.

Je nach Ort des Stomas und der Grunderkrankung, warum bei Ihnen ein Stoma angelegt wurde, kann es zu unterschiedlichen Verträglichkeiten bzw. Unverträglichkeiten von Speisen und Getränken kommen. Stoma ist nicht gleich Stoma. Bei der Rückverlegung nach einem Kolostoma (Dickdarmausgang) mit wenig Verlust des Darms gibt es kaum Einschränkungen. Bei der Rückverlegung nach einem Dünndarmstoma können diese zu Beginn jedoch durchaus bestehen. Grundsätzlich gilt jedoch das Motto „Erlaubt ist, was vertragen wird“, – natürlich müssen ernährungstherapeutische Grundsätze beachtet werden. Dies gilt aber für jedermann, also auch für gesunde Menschen.

Nach der Stomarückverlagerung muss der Darm erst wieder lernen, richtig zu arbeiten. Es kann zu Beginn zu vermehrten und vor allem zu dünnflüssigen Stuhlgängen (Durchfall) kommen – auch nachts. Dies hängt sehr mit Ihrer Ernährung zusammen. Eine vollwertige Ernährung ist auch jetzt, wie bereits seit Ihrer ersten Operation bzw. seit Beginn Ihrer Erkrankung, von besonderer Bedeutung. Dabei ist es in





erster Linie wichtig, dass diese Ernährung für Sie besonders verträglich ist und alle lebensnotwendigen Nährstoffe enthält. Sinnvoll ist es, wenn Sie von Anfang an ein Ernährungs-, Stuhlgangs- und Symptomtagebuch führen. Anhand Ihrer Eintragungen können Sie dann die Nahrungsmittel und Getränke identifizieren, die Sie besser vertragen bzw. vom Speiseplan streichen sollten. Wenn Sie merken, ein bestimmtes Lebensmittel oder ein Getränk vertragen Sie momentan nicht, lassen Sie es einige Zeit weg. Versuchen Sie es jedoch zu einem späteren Zeitpunkt erneut. Zu viel Verzicht beeinträchtigt Ihre Lebensqualität negativ und kann langfristig zu schwerwiegenden Mangelerscheinungen führen. Die meisten Patienten können nach ca. einem halben Jahr fast alles, was sie auch vor der Operation vertragen haben, wieder essen.

Bedenken Sie auch, nicht jeder Tag ist gleich. Verdauungsprobleme, wie z. B. Durchfall, Verstopfung, Schmerzen oder Blähungen, müssen nicht unbedingt immer am Essen liegen. Ihr psychischer Zustand, die Art der körperlichen Bewegung und vor allem die Art, wann

und wie Sie essen und trinken, beeinflussen Ihre Darmtätigkeit. Zudem können bestimmte Medikamente den Stuhlgang beeinflussen. Antibiotika oder Medikamente mit bestimmten Zuckeraustauschstoffen (z. B. Sorbit) oder einer hohen Osmolarität können z. B. Durchfall und Blähungen verursachen. Bestimmte Schmerzmittel hingegen können zu einer Verstopfung führen. Verändern Sie jedoch nie selbstständig Ihre Medikation. Besprechen Sie dies immer unbedingt mit Ihrem behandelnden Arzt!



Tipp:

Führen Sie zu Beginn und auch wenn Probleme auftreten ein Ernährungstagebuch. So können Sie herausfinden, was Sie gut vertragen und was nicht. Mehr dazu ab Seite 32.

Was kann *ich selbst* tun?

Wie viele Mahlzeiten pro Tag sind für mich günstig?

Neben der Art und Zusammensetzung der gegessenen Speisen, spielt auch die Anzahl der Mahlzeiten eine Rolle für die Verträglichkeit. Mehrere kleine Mahlzeiten, z. B. ca. alle zwei bis drei Stunden eine Kleinigkeit, werden meist besser vertragen als zwei bis drei große Mahlzeiten. Damit Sie nachts nicht durch Toilettengänge gestört werden, sollten Sie die letzte Abendmahlzeit nicht zu spät einnehmen. Wichtig ist, alles zu Beginn nur in kleinen Mengen zu essen, und noch wichtiger ist es, alles sehr, sehr gut zu kauen. Wann Sie welche Flüssigkeiten trinken, spielt eine der wichtigsten Rollen bei Ihrer Verdauung.



Tipp:

Alle zwei bis drei Stunden eine kleine Mahlzeit wird meist besser vertragen als zwei bis drei große Mahlzeiten.

Gibt es spezielle Zubereitungsempfehlungen für mich?

In den ersten Tagen und Wochen nach der Operation sollte eine schonende Zubereitungsart gewählt werden. Die Speisen sollten nicht zu stark gewürzt (scharf) und auf schwer verträgliche Garungsarten wie Frittieren sollte verzichtet werden. Ebenso eignen sich Zubereitungsarten, in denen viel Mayonnaise, Buttercreme, Panade etc. verwendet werden, nicht für die Anfangsernährung. Gemüse und Obst sollten nur in kleinen Mengen roh verzehrt werden. Zerkleinertes Obst und Gemüse ist leichter verträglich. Ein geriebener Apfel oder fein geriebene Möhren werden meist sehr gut vertragen. Dies gilt jedoch nur für die unmittelbare Zeit nach der Operation. Im Laufe der Zeit hat sich der Körper aber an die neue Situation gewöhnt und alle Zubereitungsarten, die auch vor der Operation vertragen wurden, können wieder angewandt werden. Dies bedeutet, Sie können einen Grillabend im Sommer bzw. einen Besuch in einem Restaurant wieder genießen und Sie können sehr würzige Speisen in kleinen Mengen probieren.



Tipp:

Seien Sie ruhig mutig und probieren Sie verschiedene Zubereitungen und Speisen aus. Hören Sie immer auf Ihren Körper – so werden Sie schnell merken, was Sie vertragen und was nicht.

Gibt es Speisen und Getränke, auf die ich langfristig verzichten sollte?

Die Antwort hierauf ist eindeutig NEIN! Es sei denn, bei Ihnen liegt eine Erkrankung vor, die eine spezielle Diät erfordert.

Aufgrund Ihrer Erkrankung, Therapie oder bei größeren Darmverlusten kann die Nahrungspassage beschleunigt oder die Nährstoffaufnahme verringert sein. Das bedeutet, alles, was Sie essen und trinken, „rutscht“ durch den Verdauungstrakt. Bestimmte Nährstoffe können nicht ausreichend aufgenommen werden und werden zum Teil unverdaut wieder ausgeschieden. Ist dies bei Ihnen der Fall, benötigen Sie auch längerfristig eine individuelle Ernährungsberatung und Therapie. Einige Lebensmittel reizen auch eher den Darm bzw. die Haut am After.

Es kann helfen, Folgendes einzuschränken oder zu vermeiden:

- Zitrusfrüchte, wie Grapefruits, Orangen, Zitronen und deren Säfte,
- scharfes Essen, scharf gewürzte chinesische oder orientalische Speisen,
- große und/oder sehr fettreiche Mahlzeiten,
- blähende Speisen und Getränke, wie z. B. Kohl und Zwiebeln,
- große Mengen Alkohol, Kaffee oder kohlenstoffhaltige Getränke.

Aber auch hier können veränderte Zubereitungen oder bestimmte Kräuter und Gewürze die Verträglichkeit verbessern. Probieren Sie es aus!

Sind **Ballaststoffe** für mich geeignet?



Ballaststoffe sind weitgehend unverdauliche Nahrungsbestandteile, die vorwiegend in pflanzlichen Lebensmitteln vorkommen. Sie finden sich vor allem in Getreide, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und Nüssen. Eine Ernährung mit Ballaststoffen hat einen Effekt auf die Darmbewegung. Ballaststoffe können den Stuhlgang sowohl weicher als auch fester werden lassen. Die Art der Ballaststoffe beeinflusst Ihren Stuhlgang und die Häufigkeit der Darmentleerung. Ballaststoffe werden in lösliche und nicht lösliche unterteilt. Während die unlöslichen Ballaststoffe die Darmtätigkeit anregen und Probleme wie Verstopfung lindern können, spielen die löslichen Ballaststoffe vor allem für die Stuhleindickung, aber auch für den Stoffwechsel des Körpers eine wichtige Rolle. Sie können zum Beispiel die Blutfettwerte senken und helfen, Cholesterin mit dem Stuhlgang auszuscheiden.

Lebensmittel mit löslichen Ballaststoffen

- **Pektine**
Apfelpektin, Kerne & Schalen von Äpfeln, Quitten & Beeren, Leinsamen
- **Beta-Glucan**
Hafer, Gerste, Haferkleie
- **Guar**
Guarmehl, Guarbohne
- **Inulin**
Chicorée, Topinambur
- **Psyllium**
Flohsamenschalen
- **Pflanzenschleime und Pflanzengummi**
Algen, Säfte tropischer Pflanzen (z. B. Akazien)



Lebensmittel mit unlöslichen Ballaststoffen

- **Zellulose/Hemizellulose**
Weizenkleie
- **Lignin**
Getreidekörner
- **Resistente Stärke**
Hülsenfrüchte, Vollkornbrot, Hartweizenerzeugnisse, Mais, Kartoffeln; resistente Stärken bilden sich in stärkehaltigen Lebensmitteln (z. B. Reis), die erhitzt und wieder abgekühlt werden.



Tipp:

Denken Sie daran, dass Sie bei Ballaststoffen ausreichend trinken. Für einen Teelöffel Weizenkleie oder Flohsamenschalen wäre das mindestens ein Glas Wasser oder Tee.

Einige Ballaststoffe sind schwer verdaulich und können zu Bauchschmerzen und Völlegefühl führen. Meist ist dies kurz nach der Operation der Fall und bessert sich im Laufe der Zeit.

Das sollten Sie in den ersten Tagen nach der Rückverlegung beachten

Essen Sie zu Anfang Lebensmittel, die viel Ballaststoffe (Getreide, Obst und Gemüse) enthalten, nur in kleinen Mengen. Bei Bauchschmerzen, Völlegefühl oder vermehrtem Auftreten von Blähungen reduzieren Sie die Ballaststoffzufuhr. Essen Sie statt dunkle Brotsorten besser altbackenes Weißbrot, getoastetes Brot oder helle Brötchen. Meiden Sie größere Mengen an Gemüse. Essen Sie leicht verdauliche Gemüsesorten. Meiden Sie Kohl, Hülsenfrüchte, Zwiebeln und Zwiebelgewächse. Meiden Sie rohes Steinobst oder Obst in größeren Mengen, das viel Fruchtzucker enthält. Essen Sie stattdessen lieber gekochtes Obst oder einen geriebenen Apfel oder eine Banane. Wenn sich Ihre Beschwerden gebessert haben, steigern Sie Ihre Ballaststoffzufuhr wieder langsam.



Blähungen, flüssiger Stuhl, Verstopfung – *was hilft?*

Was schützt vor Blähungen?

Die Ursachen für Blähungen nach einer Darmoperation können zum einen die beschleunigte Passage der Nahrung, eine gestörte Verdauungsfunktion oder ein Mangel an Enzymen für die Verdauung von Milch oder auch Fructose sein. Hatten Sie bereits vor der Operation eine Milchzuckerunverträglichkeit, so besteht Sie jetzt auch weiter. Haben Sie vor der Operation Milch vertragen und verursachen größere Mengen jetzt Blähungen, verwenden Sie laktosefreie Milch. Sauermilchprodukte und Käse enthalten weniger Milchzucker als

Trinkmilch und werden in der Regel auch gut vertragen. Nicht in jedem Fall müssen Sie auf ein laktosefreies Produkt zurückgreifen. Auch wenn Sie keine Fructoseunverträglichkeit vor der Operation hatten, kann zu viel Obst nach der Operation zu vermehrten

Blähungen führen. Fructose-Aufnahmeverwertungsstörungen (Fructose-Malabsorption) hängt wesentlich von der aufgenommenen Menge ab. Auch hier gilt: Probieren Sie nach einiger Zeit wieder alles, was Sie auch vor der Operation vertragen haben. Auch wenn bei Ihnen größere Abschnitte des Dün- oder Dickdarms entfernt wurden, bedeutet es nicht, dass Sie nie wieder Kohl, Hülsenfrüchte oder Zwiebelgewächse essen dürfen.

Zubereitungstipps für eine bessere Verträglichkeit:

- Zerkleinern Sie das Gemüse.
- Blanchieren Sie schwer verdauliches Gemüse.
- Gegartes wird besser vertragen als rohes Obst und Gemüse.
- Geben Sie zu Gerichten mit Knoblauch immer etwas geriebenen Ingwer hinzu.
- Geben Sie etwas Kümmel an Gerichte mit Zwiebeln.
- Verwenden Sie viele frische Kräuter.

Meiden Sie Süßigkeiten mit der Aufschrift „ohne Zucker“. Sie enthalten die Süßungsmittel Sorbit, Mannit, Xylit, Stevia etc., die bei einigen Menschen starke Blähungen hervorrufen können.





Wie kann ich meinen dünnen bzw. flüssigen Stuhlgang eindicken?

Wurden bei Ihnen größere Teile von Dünn- oder Dickdarm entfernt, so benötigen die verbleibenden Abschnitte eine Weile, bis sie die Funktion (Aufnahme von Flüssigkeit, Stuhleindickung) wieder übernehmen können. Voluminöse Mahlzeiten, viel Flüssigkeit zum Essen oder hochosmolare Getränke sowie sehr fettige und scharf gewürzte Speisen oder eine ungewohnt ballaststoffreiche Kost können vor allem in der ersten Zeit nach der Operation Durchfall erzeugen.

Ernährungstherapeutische Tipps:

- Essen Sie vermehrt Speisen, die die Flüssigkeit binden, z. B. mehligkochende Kartoffeln, stärkereiche Reissorten (z. B. Basmati- Thai- oder Risottoreis) weich gekochte Möhren, Karottensuppe, pektinreiche Lebensmittel, wie z. B. geriebenen Apfel.
- Verwenden Sie zusätzlich lösliche Ballaststoffe (Flohsamen, Inulin, Pektin, Guar etc.).
- Trinken Sie nicht zu viel zu den Mahlzeiten.
- Reduzieren Sie Ihre üblichen Getränke und trinken Sie dafür isotonische Getränke (sogenannte Sport-

lerdrinks) oder alkoholfreies Bier oder bereiten Sie sich das sogenannte WHO-Getränk zu (siehe Seite 28).

- Meiden Sie Süßigkeiten mit der Aufschrift „ohne Zucker“.

Was hilft bei Verstopfung (Obstipation)?

Wurde bei Ihnen ein Dickdarmausgang zurückverlegt und hatten Sie bei der ursprünglichen Operation keine größeren Darmverluste, kann es wie bei gesunden Menschen zu einer Verstopfung (Obstipation) kommen. Bewegungsmangel, eine ballaststoffarme Ernährung und wenig Flüssigkeit zum Essen fördern eine Obstipation. Auch hier gilt, dass direkt nach der Operation bestimmte Ballaststoffe nicht sehr gut vertragen werden. Dies gilt jedoch nur für wenige Tage. Im Verlauf bessert sich dies jedoch, bzw. mithilfe von küchentechnischen Veränderungen kann man diese Ballaststoffe leichter verträglich machen. Besprechen Sie mit Ihrer Ernährungsfachkraft, welche Ballaststoffe für Sie geeignet sind und wie Sie Ihre Ernährung ballaststoffreicher gestalten können.

Bewegung ist eine gute Therapie bei Verstopfung und steigert außerdem

Ihre Fitness und Ihr Wohlbefinden. Bestimmte Medikamente und wenig Bewegung können ebenfalls zur Verstopfung führen. Benötigen Sie solche Medikamente, fragen Sie Ihren Arzt, ob es eine Alternative gibt oder ob Sie zusätzlich Mittel benötigen, die den Stuhlgang weich halten oder abführend wirken. Lassen Sie diese Medikamente jedoch niemals ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt weg bzw. nehmen ohne Rücksprache abführende Mittel ein!

Ernährungstherapeutische Tipps:

- Ernähren Sie sich ballaststoffreich.
- Trinken Sie ausreichend über den Tag verteilt.
- Stellen Sie sichtbar geeignete Getränke in Ihrer Wohnung bzw. am Arbeitsplatz bereit.
- Nehmen Sie außer Haus immer etwas zum Trinken mit.
- Essen Sie wenig Süßigkeiten und meiden Sie gesüßte Softdrinks.
- Bewegen Sie sich regelmäßig!
- Lassen Sie nicht ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt „stopfende“ Medikamente weg oder nehmen ohne Rücksprache mit ihm Abführmittel ein!

Kann ich durch bestimmte Lebensmittel oder Nahrungsergänzungsmittel etwas zu einer guten Darmflora beitragen?

In den letzten Jahren hat die Bedeutung der Darmflora (Genom) für viele Vorgänge im Körper einen großen Stellenwert bekommen. Eine gesunde Darmflora schützt vor bestimmten

Erkrankungen und beeinflusst die Verdauungsvorgänge. Auch hier spielt eine vollwertige Ernährung mit prä- und probiotischen Bakterien eine große Rolle. Ob Sie zusätzlich ein Nahrungsergänzungsmittel mit diesen probiotischen Darmbakterien benötigen, besprechen Sie unbedingt mit Ihrem Arzt. In der Regel kann man durch die Auswahl und Zusammensetzung der Lebensmittel den Bedarf decken. Bis auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung sind die käuflichen Produkte kein Medikament, sondern ein Nahrungsergänzungsmittel und werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Fragen Sie auch Ihre Ernährungsfachkraft, wie Sie sich vollwertig mit allen prä- und probiotischen Bakterien ernähren können.

Beispiel für die optimale Trinkmenge

Sie wiegen 70 kg und haben keine Flüssigkeitsverluste. Dann benötigen Sie am Tag etwa 2.100 bis 2.450 ml Flüssigkeit. In einer vollwertigen Mischkost sind ungefähr 500 ml Flüssigkeit enthalten. Das bedeutet, Sie müssen noch ca. 1.600 bis 2.000 ml trinken. Diese Menge kann durch starkes Schwitzen, Fieber oder Durchfall erhöht sein.

Warum ist ein *Flüssigkeitsmanagement* so wichtig?

Wie viel soll ich täglich trinken?

Eine wesentliche Bedeutung kommt der Flüssigkeitszufuhr nach einer Stomarückverlagerung zu. In vielen Arbeiten und auch Aussagen werden Sie lesen bzw. hören, Sie müssen mindestens zwei bis drei Liter pro Tag trinken. Meistens werden stilles Mineralwasser empfohlen. Bei einigen Betroffenen stimmt dies durchaus. Jedoch auch hier gilt: Nicht jeder Mensch ist gleich. Es spielt durchaus eine Rolle, wie

groß und wie schwer Sie sind, und wie körperlich aktiv Sie waren. Eine bessere Faustregel ist z. B. eine Angabe in mg pro kg Körpergewicht pro Tag. Für gesunde Menschen werden ungefähr 30 bis 35 ml/kg Körpergewicht pro Tag empfohlen. Schwitzen Sie stark, haben Sie Fieber oder große Verluste durch z. B. Durchfall, benötigen Sie entsprechend mehr Flüssigkeit. Eine einfache Regel lautet: Wenn Ihr Urin klar und hell ist, trinken Sie ausreichend.



Achtung:

Menschen mit Herzinsuffizienz sollten ausreichend, aber nicht zu viel trinken. Besprechen Sie die optimale Trinkmenge mit Ihrem Arzt.

Welches Getränk ist für mich geeignet?

Neben der Flüssigkeitsmenge ist auch die Art des Getränks von großer Bedeutung. Oft wird behauptet, dass ein koffeinhaltiges Softgetränk mit Salzstangen gut gegen Durchfall ist. Getränke mit viel Zucker, dazu gehören alle Softgetränke, Limonaden, Obstsaft etc., wirken hochosmolar oder hyperton. Das bedeutet, der Körper möchte diese Osmolarität ausgleichen

– also verdünnen – und entzieht dem Körper dafür Flüssigkeit in den Darm. Leiden Sie an vermehrten Blähungen, meiden Sie kohlenstoffhaltige Getränke. Sehr viel Kaffee kann die Verdauung fördern. Alkoholische Getränke wirken sich ebenfalls auf die Verdauung aus. Hochprozentiges regt die Darmtätigkeit an. Bier und Sekt enthalten viel Kohlenstoff und können Blähungen verursachen.

Rehydratationslösung selbst gemacht

1 Liter Leitungswasser mit 20 g Traubenzucker, 3,5 g Kochsalz (ca. 1 gestrichener Teelöffel) und 2,5g Backpulver (ca. 3/4 Teelöffel).

Falls Ihnen Ihr Arzt nicht aus einem anderen Grund Alkohol verboten hat, ist gegen ein Gläschen Wein oder Bier jedoch nichts einzuwenden.

Bei Durchfall oder vermehrten Flüssigkeitsverlusten über den Darm sind also weder hyper- noch hypotone Getränke geeignet.

Im Handel gibt es mittlerweile viele isotonische Getränke. Da Sie neben Wasser auch lebensnotwendige Salze verlieren, sind Getränke mit den entsprechenden Salzen

besser geeignet als Wasser oder Tee. Alkoholfreies Bier ist ebenfalls isotonisch, kann aber bei einigen Patienten zu vermehrten Blähungen führen. Sie können auch selbst ein Getränk herstellen. Es wird als sogenannte orale Rehydratationslösung oder WHO-Lösung (von der Weltgesundheitsbehörde WHO) bei Durchfallerkrankungen empfohlen.

Achten Sie darauf, genügend geeignete Flüssigkeit über den Tag verteilt zu trinken. Dies ist für Sie nicht so einfach, da Sie ja während der Mahlzeit nur wenig trinken sollen. Stellen Sie am besten schon morgens Ihre Getränke bereit. Achten Sie auf Zeichen von zu wenig Flüssigkeit im Körper. Trockener Mund, trockene, stehende Hautfalten, Kopfschmerzen und geringe Urinausscheidung sind Folgen von Flüssigkeitsmangel.

Achtung:

Durchfall über einen längeren Zeitraum ist immer sehr ernst zu nehmen! Informieren Sie unbedingt Ihren Arzt!



Das *Wichtigste* zum Schluss

Verbote bzw. unrealistische Vorschläge wirken sich meist negativ auf das eigene Ernährungsverhalten aus. Nahrungsmiteleinschränkungen, z. B. Verzicht auf Milch, Kohl, Hülsenfrüchte, Samen und Nüsse, sollten nur bei bestehenden Symptomen trotz Einhaltung der ernährungstherapeutischen Empfehlungen ausgesprochen werden. Zu Beginn bestehende Unverträglichkeiten und Beschwerden bessern sich nach einer Anpassungsphase und Sie können in der Regel nach etwa einem halben Jahr alle Speisen, die Sie auch vorher vertragen haben, wieder genießen. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit zum Essen! Genießen Sie Ihr Essen, wenn möglich in ange-

nehmer Atmosphäre. Versuchen Sie, alles zu essen und zu trinken, was Ihnen schmeckt, aber achten Sie auch auf allgemeingültige Ernährungsempfehlungen der Fachgesellschaften. Achten Sie auch auf Ihr Gewicht. Eine ungewollte Gewichtsabnahme sollten Sie unbedingt mit Ihrem Arzt besprechen. Eine vollwertige Ernährung enthält alle notwendigen Nährstoffe. Wenn von Ihrem Arzt nicht anders verordnet, benötigen Sie keine Nahrungsergänzungsmittel und keine bestimmte Diät. Ihr Grundsatz bei der Ernährung sollte sein: **„Erlaubt ist, was vertragen wird und was Ihre Lebensqualität verbessert.“**

So *wirken* Nahrungsmittel

Bei der Wirkung von Lebensmitteln ist immer die Menge ausschlaggebend. Hier gilt: „Alles in Maßen...“ Zudem gibt es individuelle Unverträglichkeiten, die nichts mit der Operation zu tun haben. Lebensmittel, die Sie immer gerne gegessen haben, werden Sie im Verlauf auch wieder gut vertragen.

Stopfende Nahrungsmittel

- Bananen
- stark kakaohaltige Produkte
- schwarzer Tee
- Rote-Bete-Saft
- Heidelbeertee/-saft
- gekochte Möhren, fein geriebene Möhren
- gekocht mehliges Kartoffeln
- geschälter „klebriger“ Reis (Thaireis, Basmatireis)
- Nudeln
- Quark
- Weißbrot (1 Tag alt oder getoastet)
- Haferflocken, z. B. Schmelzhaferflocken
- Rotwein
- probiotische Joghurts und Drinks
- Hartkäse
- leicht gesalzene trockene Speisen

Abführende Nahrungsmittel

- hochprozentige, alkoholische Getränke
- viel Kaffee, koffeinhaltige Getränke
- sehr fette Speisen
- scharfe Gewürze
- viel Fruchtsäfte
- viel frisches Obst (vor allem Pflaumen, Kirschen, Datteln, Feigen)
- Trockenfrüchte
- viel Kohlgemüse, rohe Zwiebeln, Hülsenfrüchte, dicke Bohnen
- Sauerkrautsaft
- viel Zucker



Blähende

Nahrungsmittel

- Zwiebeln (gegart und in kleinen Mengen gut verträglich)
- Lauch, Frühlingszwiebeln und Bärlauch (siehe Hinweis oben)
- Knoblauch (in Verbindung mit etwas Ingwer besser verträglich)
- kohlen säurehaltige Getränke
- hochprozentige Alkoholika
- starker Kaffee in großen Mengen
- Fruchtsäfte
- frisches Brot
- Kohllarten, Kraut
- rohe Paprika
- Rettich, Radieschen
- Pilze
- Gurken
- viel rohes Gemüse



Geruchshemmende

Nahrungsmittel

- grünes Gemüse wie Spinat und Salat
- Petersilie
- Preiselbeeren, Preiselbeersaft
- Joghurt



Blähungshemmende

Nahrungsmittel

- Petersilie, Thymian
- Kümmel (muss kurz aufgekocht werden)
- Anis, Fenchelsaat, Kümmelöl
- Heidelbeeren, Preiselbeeren, Ingwer als Tee oder Saft
- Karotten, Fenchel
- Sauermilchprodukte
- Joghurt (nicht wärmebehandelt), Kefir, Trinksauermilch etc.

Geruchserzeugende

Nahrungsmittel

- Eier
- Fleisch, Fisch
- Spargel
- Pilze
- Zwiebeln, Knoblauch
- viel Käse



Ihr Ernährungstagebuch

Warum hilft es, ein Ernährungstagebuch zu führen? In erster Linie ist es wichtig, herauszufinden, welche Ernährung für Sie besonders verträglich ist und alle lebensnotwendigen Nährstoffe enthält. Beginnen Sie

daher nach Ihrer Operation, ein Ernährungstagebuch zu führen. Das hilft Ihnen dabei, die Nahrungsmittel und Getränke zu identifizieren, die Sie besser vertragen oder vom Speiseplan streichen sollten.

Mein Ernährungstagebuch nach Stomarückverlagerung

Name, Vorname	Größe in cm	Gewicht in kg
---------------	-------------	---------------

	1 Uhrzeit	2 Was habe ich gegessen und/oder getrunken?
Frühstück	7:00	1 halbes Brötchen mit 1 Teelöffel Konfitüre und Magerquark 1 Tasse Tee ohne Zucker
Zwischenmahlzeit	11:00	1 großes Glas Apfelschorle und 2 Tassen Kaffee mit Milch und Zucker
Mittagessen	13:00	3 Esslöffel Kartoffelstampf (ohne Milch) 1 Esslöffel Blumenkohlgemüse mit etwas Butter 1 kleines Schnitzel in wenig Öl gebraten 1 Tasse Tee
Zwischenmahlzeit	16:00	2 Tassen Kaffee mit Kaffeesahne und 1 Teelöffel Zucker 2 Stück Käsekuchen
Abendessen	18:00	1 Scheibe Grauhambrot mit 2 Messerspitzen Butter; die Hälfte mit Goudakäse (48% Fett) und die andere Hälfte mit Teewurst 1 Tomate und 1 geriebenen Apfel 1 Glas Bier und bis 21.00 verdünnte Schorle
Spätmahlzeit	21:00	5 Salzkracker 2 Gläser isotonisches Getränk bis 23 Uhr

So geht's

Schreiben Sie in Ihrem Ernährungstagebuch auf, **1** wann und **2** was Sie essen und trinken, **3** wie sich Ihr Stuhlgang verhält und **4** wie es Ihnen geht. Es empfiehlt sich, das Tagebuch

gerade zu Beginn nach Ihrer Operation zu führen und immer, wenn Probleme auftreten. So bekommen Sie schnell ein Gefühl dafür, was Sie vertragen und auf was Sie besser verzichten sollten.

	Datum
--	-------

3 Wie ist meine Verdauung?	4 Wie es mir geht (Schmerzen, Durst, Völlegefühl etc.)
7:30 Uhr wenig geformter Stuhl	Nachts 2x dünnen Stuhlgang
11:45 Uhr 2x Durchfall	Durst
Keinen Stuhlgang	War lecker
17:00 Uhr 3x flüssigen Stuhlgang	Blähungen, Durst
	30 Minuten nach dem Abendessen: erneut Blähungen (Bier?)
Kurz vor dem Zubettgehen wenig geformter Stuhl	Keine Probleme

Ihr persönliches Ernährungstagebuch

Laden Sie sich hier die Seiten für Ihr Ernährungstagebuch herunter:

www.coloplast.to/stomarov-ratgeber



Hilfreiche *Adressen* und *Informationen*

Selbsthilfegruppen

Deutsche ILCO e. V.

Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
www.ilco.de – www.ilco.de/forum
Tel. 0228 338894-50

Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) e. V.

Inselstraße 1
10179 Berlin
www.dccv.de
Tel. 030 2000392-11

Inkontinenz Selbsthilfe e. V.

Röttkenring 27
13053 Berlin
kontakt@inkontinenz-selbsthilfe.com
info@inkotreff.de
www.inkontinenz-selbsthilfe.com/forum

Selbsthilfeverband Inkontinenz e. V.

www.selbsthilfeverband-inkontinenz.org

Stoma/Kontinenz

FgSKW (Fachgesellschaft Stoma Kontinenz und Wunde) e. V.

Nikolaus-Groß-Weg 6
59371 Selm
www.fgskw.org
Tel. 02592 973141

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V.

Friedrichstraße 15
60323 Frankfurt am Main
www.kontinenz-gesellschaft.de
Tel. 069 79588393



Krebserkrankungen

Deutsche Krebshilfe und Deutsche Krebsgesellschaft im „INFONETZ KREBS“

krebshilfe@infonetz-krebs.de

www.krebshilfe.de

Tel. 0800 807 08877 (kostenfrei, Mo.–Fr., 8–17 Uhr)

Krebsinformationsdienst KID

krebsinformationsdienst@dkfz.de

www.krebsinformationsdienst.de

Tel. 0800 420 3040 (kostenfrei, täglich 8–20 Uhr)

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

(ÄZQ, u. a. evidenzbasierte Informationen/Leitlinien)

www.patienteninformation.de

Deutsche Krebsgesellschaft

ONKO-Internetportal

www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal

Studien zur transanal Irrigation (TAI):

- 1 Rosen HR, Kneist W, Fürst A, Krämer G, Hebenstreit J, Schiemer JF. Randomized clinical trial of prophylactic transanal irrigation versus supportive therapy to prevent symptoms of low anterior resection syndrome after rectal resection. *BJS Open* [Internet]. 2019; bjs5.50160. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs5.50160>
- 2 Enriquez-Navascues JM, Labaka-Arteaga I, Aguirre-Allende I, Artola-Etxeberria M, Saralegui-Ansorena Y, Elorza-Echaniz G et al. A randomized trial comparing transanal irrigation and percutaneous tibial nerve stimulation in the management of low anterior resection syndrome. *Color Dis*. 2019; 1–7.
- 3 Martellucci J, Sturiale A, Bergamini C et al. Role of transanal irrigation in the treatment of anterior resection syndrome. *Tech Coloproctol* 22, 519–527 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10151-018-1829-7>.
- 4 Rosen H, Robert-Yap J, Tentschert G, Lechner M, Roche B. Transanal irrigation improves quality of life in patients with low anterior resection syndrome. *Color Dis*. 2011; 13 (10).



Sie haben noch Fragen?
Wir freuen uns, für Sie da zu sein.



Per Telefon – kostenfrei und persönlich

Rufen Sie kostenfrei unseren Coloplast BeratungsService an unter **0800 780 9000**.

Beratungszeiten: Mo.–Do. 8–17 Uhr
Fr. 8–16 Uhr



Im Internet – mit einem Klick

www.coloplast.de

Besuchen Sie die digitale Welt von Coloplast. Hier finden Sie auch Erfahrungsberichte von anderen Peristeen® Plus-Anwendern und Informationen rund um den Alltag mit Peristeen® Plus.



Peristeen®-Partner-Programm

Wir unterstützen Sie dabei, den bestmöglichen Versorger zu finden. Unsere zertifizierten Peristeen®-Partner stehen für qualifizierte Anleitung, Versorgung und Betreuung. Weitere Infos unter:

www.coloplast.de

Ostomy Care / Continence Care / Wound & Skin Care / Urology Care

Col.-Nr. 2103838 / 230NIP447 / PM-17826

Coloplast GmbH, Postfach 70 03 40, 22003 Hamburg, Tel.: 040 669 80777,

Fax: 040 669 80748, service@coloplast.com. The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S © 2021-07. All rights reserved Coloplast A/S.

