

## Rektumprolaps

VON H. S. FÜEBL

Beim Hausbesuch im Altenheim fragt Sie die besorgte Schwester, ob Sie sich den Anus einer 78-jährigen Heimbewohnerin ansehen können, bei dem ihr heute bei der Pflege etwas Merkwürdiges aufgefallen sei. Die Frau hatte einige Tage vorher schon über Schmerzen nach dem Stuhlgang geklagt.

Foto: BMJ 334 (2007) 1280

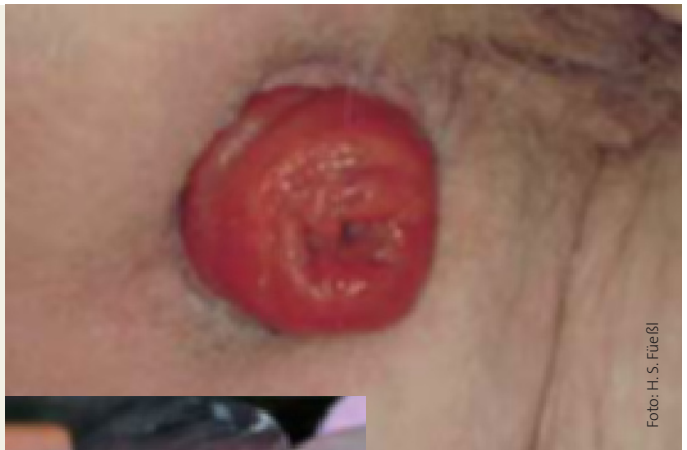


Foto: H. S. Fiebl

▲ Abb. 1 Rektumprolaps.



▲ Abb. 2 Kolostomie-Öffnung einer 81-Jährigen mit Z. n. Rektumkarzinom. Melanosis der Kolonschleimhaut wegen Laxanzienabusus.

### Sofortdiagnostik

Sie können die Diagnose mit einem Blick stellen, da ein ausgetretener Rektumprolaps unverkennbar ist. Typisch sind zirkulär angeordnete rosarote Falten, deren Form mit einem Bienenkorb verglichen wurde (Abb. 1). Sämtliche Wand-schichten des Rektums sind durch den nicht mitprolabierten Anus ausgetreten.

Beim Analprolaps, einer Ausstülpung der Analhaut bzw. Analschleimhaut, verlaufen die Falten dagegen radiär, und der Analsphinkter ist intakt, wenn auch mit vermindertem Tonus. Die Schleimhaut fühlt sich sehr fest an, weil sie aus zwei vollständigen Darmwänden besteht und sogar ein peritonealer Bruchsack dazwischen liegen kann. Häufig findet sich ein Schleimhautödem.

Grundsätzlich kann ein Rektumprolaps in jedem Lebensalter vorkommen. Er findet sich jedoch gehäuft bei Kindern vor dem dritten Lebensjahr und bei älteren Erwachsenen. Frauen sind fünfmal häufiger betroffen als Männer.

Die Patienten klagen über ziehende Schmerzen sowie Druck- und Fremdkörpergefühl im Anorektalbereich. Manchmal kann es auch aus Verletzungen oder Ulzera bluten. Der Zeitpunkt der Entstehung ist meistens nicht festzustellen, da die Patienten den Prolaps häufig lange Zeit selbst reponieren und erst zum Arzt gehen, wenn Komplikationen auftreten. Meist geht der reponierbare Prolaps mit einer Obstipation einher, seltener kommt es zur Diarrhö und zu unkontrollierten Stuhlabgängen.

### Mögliche Ursachen

Die genauen Ursachen eines Rektumprolapses sind unklar. Diskutiert wird eine hereditäre Schwäche des Beckenbodens bzw. der Sphinktermuskulatur, Schwangerschaften, Dammrisse, ständige Erhöhung des intraabdominellen Drucks, chronische Obstipation oder anatomische Anomalien.

### Therapeutische Maßnahmen

Sofern kein ausgeprägtes Schleimhautödem vorliegt, kann der Prolaps akut reponiert werden. Man drückt den Vorfall mit gut eingefetteten Handschuhen vorsichtig zurück. Vorher kann man versuchen, ein mögliches Ödem auszudrücken. Dieses Verfahren darf nicht angewendet werden, wenn Hinweise auf einen fixierten inkarzierten Prolaps bestehen, z. B. eine düsterrote Schleimhautverfärbung. Hier kann allerdings eine Melanosis coli in die Irre führen (siehe Abb. 2).

Eine dauerhafte Sanierung muss nach entsprechender endoskopischer und elektromyografischer Abklärung chirurgisch erfolgen. Wegen der ätiopathogenetischen Unklarheiten wurden eine Reihe von OP-Verfahren vorgeschlagen, die entweder eine Verengung der Analöffnung oder eine abdominelle Rektopexie unter Verwendung von Kunststoffimplantaten anstreben. Wegen der möglichen unangenehmen Folgen sollten sich die Patienten in die Hände eines spezialisierten Kolorektalchirurgen begeben.

### Woran noch denken, was noch tun?

Die Differenzialdiagnose des Rektumprolapses, der bei typischer Ausprägung fast nicht zu verwechseln ist, umfasst

- prolabierte Hämorrhoiden,
- Analprolapse,
- größere vorgefallene anorektale Polypen oder
- Tumoren.
- Auch an monströs hypertrophe Marissen oder
- perianale Thrombosen sollte man denken, auch wenn klinisches Bild und Vorgeschichte sehr verschieden sind.

### Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. H. S. Fiebl, Leiter Somatischer Querschnittsbereich, Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost, Ringstr. 33a, D-85540 Haar, E-Mail: Hermann.Fueessl@iak-kmo.de