

Klinik / Praxis:

Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind liegt eine Fehlbildung im Enddarm- und Afterbereich (anorektale Fehlbildung) vor und Ihr Arzt rät zur Operation. Diese Informationen dienen zur Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über die Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in den vorgeschlagenen Eingriff erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

URSACHEN DER ERKRANKUNG

Es gibt eine ganze Gruppe seltener angeborener anorektaler Fehlbildungen des Enddarmes und des Afters. Hierbei hat das Neugeborene bei Geburt keine anale Öffnung (After) oder sie liegt an untypischer Stelle. Der Enddarm bzw. der After sowie die Schließmuskulatur sind nicht oder nicht ausreichend entwickelt. Oft besteht eine unnatürliche Verbindung (Fistel) zwischen dem Enddarm und den Harnwegen, den Geschlechtsorganen oder dem Damm. Die Ausprägung der Fehlbildungen variiert stark und kann von leicht bis sehr kompliziert reichen. Begleitend können auch weitere Fehlbildungen vorliegen, z. B. an der Wirbelsäule, dem Herzen, der Luftröhre, der Speiseröhre und den Extremitäten, am häufigsten sind jedoch Niere und Harnwege betroffen.

Die Ausprägung der bei Ihrem Kind vorliegenden Fehlbildung wird Ihnen Ihr Arzt erklären.

BEHANDLMÖGLICHKEITEN

Die Behandlung von anorektalen Fehlbildungen richtet sich nach der Ausprägung der Fehlbildung. Grundsätzlich ist eine operative Korrektur unumgänglich, je nach Ausprägung sind häufig mehrere Operationen notwendig.

Bei leichten Formen kann meist 1 - 3 Tage nach der Geburt der Enddarm an die Sollstelle verlegt werden.

Bei komplexeren Formen, mehrfachen Fehlbildungen oder Neugeborenen mit deutlich reduziertem Geburtsgewicht wird am ersten oder zweiten Lebenstag vorübergehend ein künstlicher Darmausgang angelegt (Dickdarm-/Kolostoma). Die Versorgung der Fehlbildungen findet dann meist innerhalb der ersten 12 Lebensmonate statt. Danach wird der künstliche Darmausgang wieder zurückverlegt:

Künstlicher Darmausgang (Kolostoma):

Hierbei wird der Dickdarm geöffnet und die beiden Darmenden werden vor die Bauchdecke geführt und dort befestigt. Der Stuhl wird nun nach außen abgeleitet und in speziellen Beuteln aufgefangen.

Durchzugoperation:

Hier gibt es, in Abhängigkeit der zugrundeliegenden Fehlbildung, viele unterschiedliche Vorgehensweisen. Eine Standard-Vorgehensweise ist die sogenannte posteriore sagittale anorektale Plastik (PSARP) nach Peña. Bei dieser Operation wird in Bauchlage der Beckenboden geöffnet. Der Darm wird vom Urogenitaltrakt (Harnwege und Geschlechtsteile) abgelöst und etwaige Fisteln werden verschlossen. Dann wird der Darm durch den Afterhebermuskel zum Beckenboden verlegt und auf Hautniveau ausgeführt und angenäht. Die Funktion des Schließmuskels wird mittels Elektrostimulation überprüft. Ihr Arzt wird die genauen Details mit Ihnen besprechen.

