



Therapie der Stuhlinkontinenz

Was ist eine Stuhlinkontinenz (anale Inkontinenz)?

Die Stuhlinkontinenz (Stuhl-Halteschwäche) ist die Unfähigkeit, die Stuhlentleerung selbst kontrollieren zu können. Es handelt sich um ein weit verbreitetes Problem, über das nicht gerne gesprochen wird. Man geht davon aus, dass ca. 20% der Erwachsenen davon mehr oder weniger betroffen sind; Frauen 8x häufiger als Männer. 47% der Bewohner in Pflegeheimen sind inkontinent. Die Erkrankung hat eine enorme Auswirkung auf das Sozialleben des oder der Betroffenen, da unkontrollierbare Geräusche und Gerüche zur Meidung von kulturellen, sportlichen und gesellschaftlichen Ereignissen führen. Die Lebensqualität ist verheerend; sie führt nach Krankenstand zu Berufsverlust, zu familiärer und sozialer Isolation. Das Alltagsleben der Patienten „kreist“ nur noch um die Toilette aus Angst, dass Stuhl in die Hose geht. Viele Betroffene haben nicht selten langjährige Odyssees hinter sich, laufen von Arzt zu Arzt, bis sie endlich an eine kompetente Stelle geraten. Nicht selten sind diese Menschen seelisch am Ende und bedürfen professioneller psychiatrischer oder psychologischer Hilfe.

Häufig besteht bei analer Inkontinenz gleichzeitig auch eine Harninkontinenz (Blasenschwäche), nach der im ausführlichen Erstgespräch ebenfalls gefragt werden muss, da sich viele Betroffene nicht trauen, dies ebenfalls zu erwähnen. Diese Angaben sind aber wichtig, da diese Störungen dann interdisziplinär (siehe auch Beckenbodenzentrum) untersucht und therapiert werden können.

Sollten Sie unter Stuhl- oder Harninkontinenz leiden, so wenden Sie sich an eine der Beratungsstellen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, zu denen auch das Kreiskrankenhaus Emmendingen gehört.

Einteilung der analen Inkontinenz

- Grad I = Inkontinenz für Luft oder Schleim
- Grad II = Inkontinenz für flüssigen Stuhl
- Grad III = Inkontinenz für festen Stuhl (>2x/Woche)

Neben dieser eher groben Einteilung gibt es Einteilungen nach verschiedenen Scores (Kelly-Score, CACP-Score, Cleveland Clinic Score = Wexner Score, Pescatory Score, Rockwood-Score) Wir verwenden den **CACP-Score**.

Ursächlich kann die anale Inkontinenz unterteilt werden in

- sensorisch (z.B. durch Hämorrhoiden)
- muskulär (z.B. durch schlecht verheilten Dammschnitt/-Riss)
- neurogen (z.B. Zuckerkrankheit)
- gemischt
- psychoorganisch
- idiopathisch (z.B. im Rahmen einer ausgeprägten Beckenbodensenkung).

Bewährt hat sich auch die therapieorientierte Einteilung:

- veränderte Stuhlkonsistenz
- gestörte Kapazität und Compliance (Dehnbarkeit) des Mastdarms

- Störungen im Beckenboden
- Störungen des Sphinkters (Schließmuskels)
- Gestörte Sensibilität (Empfindung)
- Kombinationen von Störungen

Welche Untersuchungen sind notwendig (Diagnostik)

Sehr wichtig sind die genaue Befragung des Betroffenen und dessen präzise und wahrheitsgetreue Antworten. Abhängig von diesen primären Angaben ergeben sich dann gezielte Untersuchungsabläufe. Obligate Untersuchungen sind:

- Inspektion der Afterregion
- Palpation (Abtasten) des Afters und der analen Schließmuskulatur
- Mastdarmspiegelung (Rektoskopie)
- Spiegelung des Analkanals (Proktoskopie)

Je nach Fragestellung schließen sich weitere Untersuchungen an:

- Defäkographie (Videoaufnahme der Stuhlentleerung mittels Kontrastmittel, das über den After in den Mastdarm eingebracht wird),
- Ultraschall des Afters (Endosonographie)
- Analmanometrie (Messung des Verschlussdruckes der analen Schließmuskulatur)
- Neurologische Untersuchung
- Beckenboden-EMG (Ableiten der Stromlinien der analen Schließmuskulatur)

Liegen gleichzeitig weitere Störungen im Bereich der Scheide/ Gebärmutter oder der Blase vor, so werden eine gynäkologische und ggf. eine urologische Untersuchung angeschlossen. In seltenen Fällen muss auch ein Computertomogramm oder Kernspintomogramm und/ oder Dickdarmspiegelung durchgeführt werden.

Für den/die Patienten/innen ist es wichtig zu wissen, dass es sich um eine mehrstufige Diagnostik handelt, die nicht beim Erstkontakt komplett abgearbeitet werden kann.

Therapie der analen Inkontinenz

Konservativ:

- Behandlung der Grunderkrankung (z.B. Zuckerkrankheit oder chronisch-entzündliche Darmerkrankung)
- Vermeiden von Alkohol, Kaffee, Fruchtsäfte, Lakritze, Trockenfrüchte, Kohl, Bohnen, Linsen
- Quellmittel wie Flohsamen, Adsorbien, Probiotika
- Antidiarrhoika: Opium-Tinkturen, Loperamid (=Imodium®; verlangsamt die Colons transit-Zeit, fördert Rückresorption von Wasser, blockiert Schleimproduktion und hebt den analen Sphinkterdruck)
- Amitriptylin (20mg/Tag) hemmt rektale Motoraktivität
- Phenylephrin (Alphamimetikum) lokal, soll den analen Ruhedruck anheben
- Einläufe
- Beckenbodentraining
- Biofeedbacktraining (ggf. mit Elektrostimulation)
- Analtampons
- Kontinenzhilfen

In letzter Zeit wird vermehrt über subdermale (unter die Analhaut bzw. unter die Mastdarmschleimhaut) oder intersphinkteräre (zwischen äußerem und innerem Schließmuskel) Injektionen berichtet. Dabei werden unterschiedliche Materialien verwendet wie sie für andere Körperstellen im Rahmen von Schönheitsoperationen bekannt sind:

- Autologes Fett, d.h. Unterspritzen von körpereigenem Fett, das an anderer Stelle entnommen wurde; Nachteil ist die relativ rasche Resorption des Fetts und seine Dislokation (Verutschen)
- Kollagen (Resorption innerhalb von 6-12 Monaten. Kollagen vom Rind!)
- Silikon (Granulombildung? Autoimmun-Reaktion? Malignität? Dislokation?)
- Teflon (Ablagerung in LKs, Lunge und Leber!)
- Coaptite (synthetisch hergestellte 100 µm große Mikrosphären aus Calcium Hydroxyl Apatit in geliertes Form – keine Migration, keine Resorption, gut verträglich, da ähnlich dem Knochenaufbau). Aufgrund guter Erfahrungen bei Harninkontinenz wird bei uns die Verwendung von Coaptite favorisiert.
- Anale Radiofrequenz-Applikation, wodurch es zu Verengung des Analkanals kommt (bekannt unter dem Begriff: Secca® procedure)

Bei der Beckenboden-Gymnastik handelt es sich um eine spezielle Form des Beckenbodentrainings, die aus der Bewegungslehre stammt und z.B. unter dem Begriff „Tanzberger Konzept“ bekannt ist. Dabei wird nicht nur der Beckenboden trainiert, sondern auch die Rücken-, Bauch- und Zwerchfell-Muskulatur, weil es sich bei diesen Strukturen um eine funktionelle Einheit handelt. In fortgeschrittenen Fällen ist die gleichzeitige Durchführung eines Biofeedbacktrainings sehr sinnvoll. Dabei lässt sich nach Einführen einer Tampon-ähnlichen Sonde in den After die Schließmuskelkraft bzw. die Entspannung derselben auf einem angeschlossenen kleinen Monitor sehen und/oder hören. Alternierend kann in derselben Sitzung der Schließmuskel elektrisch stimuliert werden, was besonders bei neurogener Schädigung sinnvoll erscheint.

Operativ:

Die operative Therapie der Stuhlinkontinenz sollte nicht zu früh als die letzte Möglichkeit einer Behandlung angesehen werden, denn in vielen Fällen führt eine Ergänzung der verschiedenen konservativen Behandlungsarten bereits zu einem ausreichenden Afterverschluss und verbesserten Einhaltevermögen. Andererseits sollte mit einer Operation nicht zu lange gewartet werden, wenn die Ursache eine anale Inkontinenz dadurch leicht beseitigt werden kann. Typisches Beispiel für eine frühzeitige und damit effektive operative Behandlung ist die Hämorrhoiden-Operation bei Hämorrhoiden-Vorfall, weil dabei die Sensibilität im Analkanal wieder hergestellt werden kann.

Mögliche operative Verfahren bei analer Inkontinenz:

- Hämorrhoiden-Operation
- Schließmuskelraffung bei Defekten (Sphinkterrekonstruktion)
- Raffung der Beckenbodenmuskulatur (preanal-postanal repair)
- Beseitigung von Mastdarm-Aussackungen (Rectocele) und innerem Mastdarmvorfall (Mastdarm-Einstülpung = Invagination = Intussuszeption) z.B. durch Delorme-Operation oder S.T.A.R.R. – Operation
- Mastdarmraffung (Rectopexie) und teilweise Dickdarmentfernung (Sigma-Resektion) über einen Bauchschnitt oder falls sinnvoll vom After aus (Rehn-Delorme-OP oder Altmeier-OP)
- Sakral-Nerven-Stimulation (SNS)
- Anale Schließmuskelerersatz-Operation, z.B. mit einem körpereigenen Beinmuskel, der um den Afterschließmuskel geschlungen wird (Dynamische Gracilisplastik)
- Künstlicher Schließmuskelerersatz (z.B. von Fa. ABS oder Fa. AMI)

Reparaturoperationen des Schließmuskel

Defekte im Muskelring des äußeren Schließmuskel am After oder eine Überdehnung des Beckenbodens rühren häufig von Geburtsverletzungen oder Dammschnitten her. Durch narbige oder Bindegewebe Veränderungen ist die Muskulatur nicht mehr in der Lage, den Analkanals hinreichend zu verschleifen. Mit den so genannten Sphinkter-Repair-Operationen wird zum einen durch überlappende Naht des Schließmuskel oder Einengung der Beckenbodenschlinge die anatomische Funktion des Schließmuskel wieder hergestellt, zum anderen der Beckenboden gerafft oder in einer Kombination mehrerer Operationsmethoden der Schließapparat so verändert, dass ein normaler Stuhlgang wieder möglich ist.

Bei der **Sakral-Nerven-Stimulation** handelt es sich um ein Elektrotherapieverfahren, das sich bei der Harninkontinenz bewährt hat. Es gleicht der Elektrostimulation, aber die elektrischen Impulse regen die Nerven an, die zum Beckenboden und der Schließmuskulatur des Afters und der Harnblase führen und stellen somit die Kontrolle des Organs wieder her. Ähnlich einem Herzschrittmacher werden die Stromimpulse von einem Generator abgegeben, der unter die Haut eingepflanzt wird. Die Elektroden werden dabei in die Öffnungen der Kreuzbeinwirbel gelegt und reizen dort die Nerven, die das Rückenmark verlassen. Das Verfahren ist bei Patienten anwendbar, bei denen die Nerven im kleinen Becken intakt sind und der Schließmuskel des Afters keine großen Defekte aufweist. Es wird auch bei Rückenmarkverletzten oder Querschnittsgelähmten Patienten angewendet. Zuerst wird von außen geprüft, welcher Nerv die beste Kontraktion der Muskulatur auslöst. In einer längeren Testphase wird der Nervenschrittmacher getestet und die Verbesserung der Stuhlinkontinenz festgestellt (genaues Protokollieren der Inkontinenz-Episoden im Stuhl-Tagebuch!). Erst dann wird der Impulsgenerator operativ implantiert und vom Patienten von außen gesteuert.

Schließmuskelerersatzoperation

Sollten die Reparaturoperationen am Afterschließmuskel nicht zum gewünschten Erfolg einer zufriedenstellenden Kontinenzleistung führen, so kann chirurgisch ein Ersatz für den Schließmuskel geschaffen werden. Dazu wird ein schlanker Muskel (M. gracilis) von der Innenseite des Beins schleifenförmig um den Analkanals gelegt und mit Nähten befestigt. Mit einem speziellen Schrittmacher, der am Unterbauch unter die Haut implantiert wird, kann der Muskel über zwei Elektroden gereizt werden, so dass er sich zusammenzieht und den Analkanals verschließt. Wird der Simulator vom Patienten mittels eines Magneten von außen abgeschaltet, dann erschlafft der Muskel und die Stuhlentleerung kann erfolgen. Wird das Gerät wieder eingeschaltet, dann spannt sich der Muskel wieder an. Durch die anhaltenden elektrischen Impulse ändern sich die Skelettmuskelfasern in ermüdungsarme Muskelfasern, die eine Dauerspannung aufrechterhalten können. Es bedarf einer längeren Schulungs- und Übungsphase der Patienten, bis bei etwa zwei Dritteln der sonst auf andere Weise nicht zu behandelnden Inkontinenz zufriedenstellende Ergebnisse erzielt werden und anfängliche Schwierigkeiten Überwunden sind.

Künstlicher Schließmuskelerersatz

Heute wird ehesten der künstliche Afterschließmuskel eingepflanzt, da er einfacher und weniger komplikationsträchtiger ist als die dynamische Gracilisplastik. Ein ähnliches System hat sich bei der Blasenschwäche bereits bewährt. Ein manschettenartiger Ballon wird um den Analkanals gelegt, der mit einer Pumpe über ein Ventil mit Flüssigkeit aus einem Reservoir gefüllt oder entleert werden kann. Die Schließmuskelprothese wird vollständig unter die Haut eingepflanzt.

Dieses System ist die letzte Hoffnung für Patienten, denen früher häufig nur noch ein künstlicher Darmausgang (Anus praeter naturalis) angelegt werden konnte, weil es keine Aussicht auf eine Wiederherstellung der Stuhlinkontinenz gab.