



Verfasser:

Prof. Dr. Heiner Krammer
Gastroenterologie und Ernährungsmedizin
Am End- und Dickdarmzentrum Mannheim
Bismarckplatz 1
68165 Mannheim

Prof. Dr. Alexander Herold
End- und Dickdarmzentrum Mannheim
Bismarckplatz 1
68165 Mannheim



Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm
und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung e.V.

Friedrich-List-Straße 13 • 35398 Gießen • Germany
Telefon: +49 641-9 74 81-0 • Telefax: +49 641-9 74 81-18
Internet: www.gastro-liga.de
E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de

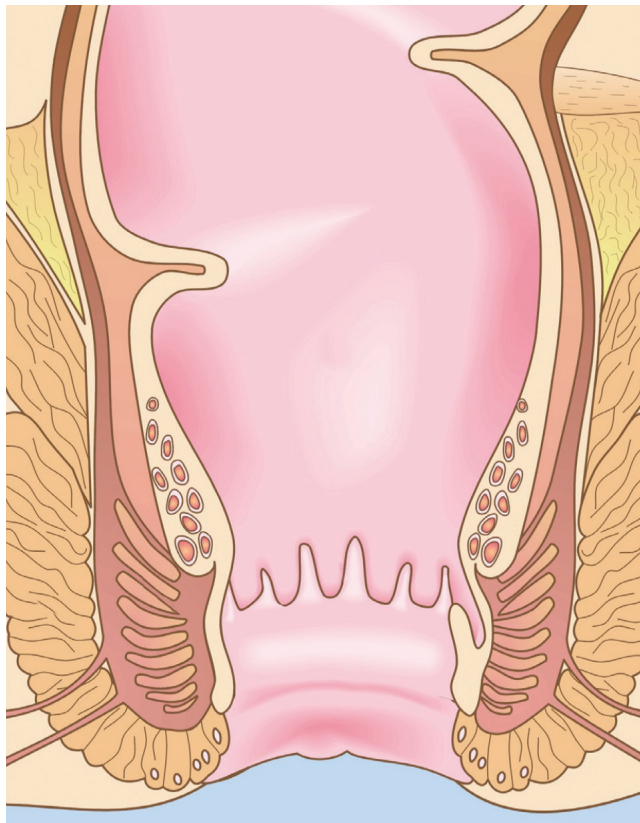
30-04/12





Ratgeber für Patienten

Stuhlinkontinenz





Was ist Stuhlinkontinenz?

Stuhlinkontinenz ist die Fähigkeit, den Darminhalt, also Stuhl und Darmgase, willentlich zurückzuhalten und zu entleeren. Bei der Stuhlinkontinenz ist diese Fähigkeit eingeschränkt oder verloren gegangen. Die Folgen reichen vom ungewollten Luftabgang über die gelegentlichen, leichten Wäscheverschmutzungen mit Kotspuren bis hin zum ungewollten Austritt selbst festen Stuhls.

Inkontinenz - ein Tabuthema

Selbständigkeit und Beweglichkeit werden durch Inkontinenz ganz erheblich beeinträchtigt. Auch aus diesen Gründen ist Inkontinenz ein „Tabuthema“ in unserer Gesellschaft. Nicht selten quälen sich Patienten über viele Jahre, haben aus Peinlichkeit ihr soziales Leben weitgehend eingeschränkt, bevor sie sich einem Arzt anvertrauen. Diesem Tabu entgegenzuwirken und Patienten zu ermutigen, einen Experten aufzusuchen, ist Ziel dieses Ratgebers.

Inkontinenz - ein weit verbreitetes Leiden

Es ist anzunehmen, dass allein in Deutschland ca. 4 bis 6 Millionen Menschen unter einer Inkontinenz leiden. Im Alter wird die Stuhlinkontinenz häufiger. In der Altersgruppe über 50 sind mehr als doppelt so viele Frauen als Männer betroffen. Doch es ist wohl auch eine Folge des Tabus, dass genaue Zahlen fehlen (Tab. 1 bis Tab. 5).

Titelbild, Abbildungen 1, 2, 4, 5 und 6 aus: Brühl W, Herold A, Wienert V.: Aktuelle Proktologie 4. Auflage Uni-Med Verlag 2011 Mit freundlicher Genehmigung des Uni-Med Verlages, Bremen

2



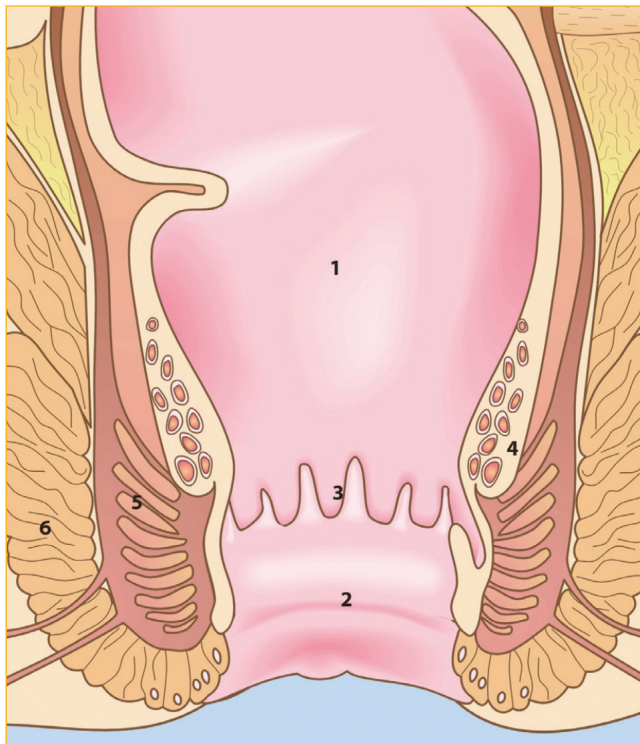
Tab. 1: Stuhlinkontinenz wird nach Art und Häufigkeit der Inkontinenz-Ereignisse in drei Grade eingeteilt:

Grad I: Darmwinde können nicht zurückgehalten werden

Grad II: Flüssiger Stuhl kann nicht zurückgehalten werden

Grad III: Fester Stuhl kann nicht zurückgehalten werden

Zu berücksichtigen ist, dass dies eine grobe Einteilung ist, denn häufig gibt es Übergangs- oder Mischformen.



*Abb. 1: Anatomie des Anorektums als Kontinenzorgan:
1 - Rektum, 2 - Analkanal, 3 - Kryptenlinie, 4 - Hämorrhoidalpolster,
5 - unwillkürlicher innerer Schließmuskel, 6 - willkürlicher äußerer Schließmuskel*



Tab. 2: Das Kontinenzorgan (Abb. 1) wird gebildet aus:

- unwillkürlichem inneren Schließmuskel (*Sphincter ani internus*)
- willkürlichem äußeren Schließmuskel (*Sphincter ani externus*)
- Beckenbodenmuskeln
- Enddarm und Analkanal

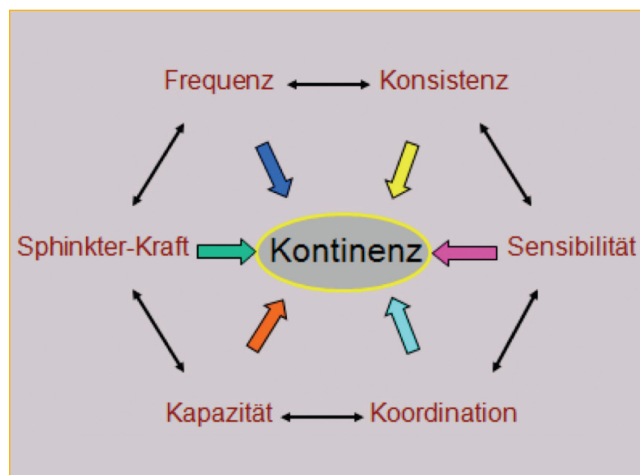


Abb. 2: Faktoren, die die Kontinenz beeinflussen

Tab. 3: Häufige Ursachen der Stuhlinkontinenz (Abb. 2)

- Geschädigter Schließmuskel und Beckenboden (z. B. Sphinkter-Schädigung durch Geburtstraumata, Fisteln oder Operationen)
- flüssige Beschaffenheit (Konsistenz) und gesteigerte Häufigkeit (Frequenz) des Stuhls (z. B. bei Reizdarmsyndrom oder entzündlichen Darmerkrankungen)
- gestörte Sensibilität im Enddarm und Analkanal (z. B. durch Verletzungen, Operationen, Nervenschädigung wie beim Schlaganfall)

**Tab. 4:** Diagnostik**Basisuntersuchung**

Erhebung der Krankengeschichte (Anamnese)
 Enddarmuntersuchung (Inspektion, Palpation, Prokto- und Rektoskopie)

Ergänzende Untersuchungen

Endosonographie (Enddarm-Ultraschall)
 Analmanometrie (Druckmessung)
 Neurologische Untersuchung

In besonderen Fällen

Darmspiegelung (Koloskopie)
 Röntgenuntersuchung (Defäkographie)
 Magnetresonanztomographie (dynamisches MRT)

Tab. 5: Therapie

Die Therapie richtet sich nach der Ursache und der Ausprägung der Inkontinenz. Es kommen sowohl konservative (nicht-operative) als auch operative Verfahren in Frage.

Konservative Therapie: Bei vielen Inkontinenzpatienten ist der Stuhl zu dünn oder zu häufig und dadurch schwer zu halten. Eine spezielle Ernährung gibt es nicht, jedoch sollten individuelle Unverträglichkeiten wie z. B. eine Milchzuckerunverträglichkeit berücksichtigt werden. Eine wichtige Säule der Therapie ist die Stuhlgangsregulierung. Sehr effektiv sind hierbei Gelbildner wie Indische Flohsamenschalen (Psyllium), die die Stuhlbeschaffenheit normalisieren (also auch zu dünnen Stuhl „eindicken“ können) (Abb. 3).

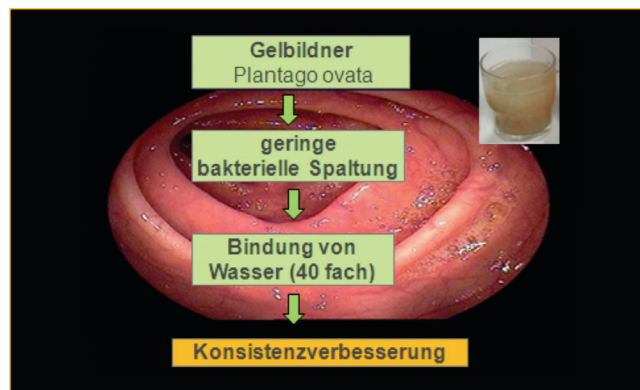


Abb. 3 : Optimierung der Stuhlkonsistenz durch Flohsamenschalen-Präparate als konservative Basistherapie



Bei zu häufigen Stühlen (Diarrhö) kann Loperamid helfen. Wiederum kann bei einigen Patienten auch eine geplante Entleerung des Enddarms mittels Abführ-Zäpfchen oder bestimmter Einlaufsysteme (anale Irrigation) hilfreich sein.

Beckenbodentraining, Biofeedbacktraining, Elektrostimulation: Die Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur durch aktives Beckenbodentraining unter Anleitung kann sinnvoll sein.

Ziel des Biofeedbacktrainings (Abb. 3) mittels einer Messsonde im After ist die Steigerung der Kontraktionskraft und -dauer sowie Verbesserung der Koordination. Das Biofeedbacktraining kann mit einer Elektrostimulation, also der Abgabe von geringen elektrischen Impulsen über diese Sonde im After kombiniert werden. Diese Therapien gehen meist über mehrere Monate und bedürfen einer sehr guten Anleitung und kontinuierlichen Betreuung.

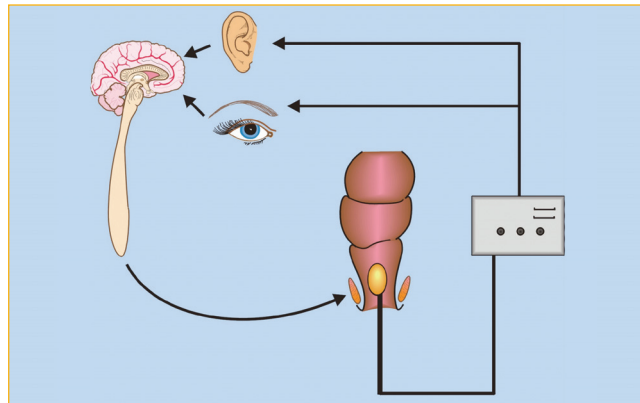


Abb. 4: Schematische Darstellung der adiovisuellen Wahrnehmung der Schließmuskelfunktion (Biofeedback-Training)

Pflegerische Maßnahmen: Wichtig ist eine sorgfältige Analhygiene und, wenn erforderlich, das Auftragen hautschützender Salben und Pasten (z. B. weiche Zinkpaste). Mitunter sind spezielle weiche Einlagen nötig.

Operative Therapie: In bestimmten Fällen können operative Therapieverfahren wie eine Analsphinkter-Rekonstruktion, Spinkterraffung, Schließmuskelerersatz oder sogar ein Stoma (künstlicher Darmausgang) erforderlich und hilfreich sein. Ein besonders modernes und effektives Verfahren ist die Sakralnervenstimulation (Schließmuskelschrittmacher).

Sakralnervenstimulation: Hierbei wird ein kleiner Schrittmacher unter die Haut implantiert. Durch eine Stimulation der Spinalnerven (Nervus Pudendus), die die Beckenbodenmuskulatur versorgen, kann die Kontinenz verbessert werden (Abb. 5).

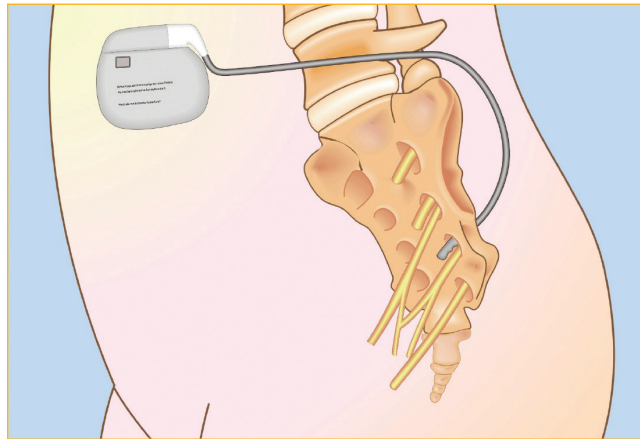


Abb. 5: Schematische Darstellung der Sakralnervenstimulation

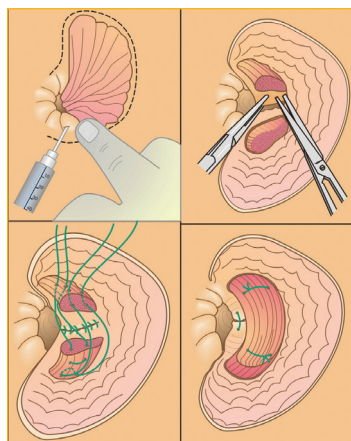


Abb. 6: Schematische Darstellung einer operativen Schließmuskel - Rekonstruktion

Wer sind die richtigen Ansprechpartner?

Mit dem Problem der analen Inkontinenz beschäftigen sich Proktologen, Gastroenterologen, Chirurgen. Deutschlandweit sind zertifizierte Kontinenzzentren geschaffen worden, in denen Proktologen, Gastroenterologen, Chirurgen mit Urologen und Gynäkologen interdisziplinär zusammenarbeiten (www.clarcert.com).