

Stuhlinkontinenz

Was ist eine Stuhlinkontinenz?

Unter Stuhlinkontinenz versteht man die Unfähigkeit, die Stuhlentleerung aktiv kontrollieren und zurückhalten zu können. Unterschieden wird in Inkontinenz für Luft und Schleim (Grad 1), Inkontinenz für flüssigen Stuhl (Grad 2) und Inkontinenz für festen Stuhl (Grad 3).

Welche Ursachen führen zu einer Stuhlinkontinenz?

Die Ursachen einer Stuhlinkontinenz sind vielfältig. Man unterscheidet folgende Formen:

Muskuläre Inkontinenz:

Hier liegt die Ursache in einer direkten Schädigung des Schließmuskelapparates (z.B. durch Voroperationen oder geburtshilfliche Maßnahmen wie ein Dammriss oder ein Dammschnitt)

neurogen-sensorische Inkontinenz:

Hierbei ist der Schließmuskel organisch intakt. Es liegt somit eine indirekte Ursache für die Schließmuskelschwäche vor. Ein wichtiger Faktor ist die bereits erwähnte Beckenbodensenkung mit zunehmendem Alter, die zu einer Schädigung des Verschlussmechanismus durch Überdehnung der Haltstrukturen des Beckens einschließlich der Nerven führt. Unterstützt wird diese Veränderung häufig durch starkes Pressen beim Stuhlgang.

In einigen Fällen liegt hier auch eine organische Ursache vor. Bei Schädigungen des Anoderms, also der sensiblen Analschleimhaut (z.B. im Rahmen von Operationen) kann es durch die fehlende Kontrolle zu einer Inkontinenz kommen.

Überlaufinkontinenz:

Hierbei liegt häufig ein eher erhöhter Schließmuskelndruck vor. Dadurch wird der Stuhl nicht komplett entleert und sammelt sich im Mastdarm. Der Überlauf bei maximal gefülltem Darm, überwiegend als Stuhlschmierer, wird als Inkontinenz empfunden.

Inkontinenz durch Reservoirverlust

Diese Art der Inkontinenz findet sich insbesondere nach Eingriffen am Enddarm. Durch Teilentfernung des Enddarmes, v.a. bei Krebsoperationen, wird die Speicherkapazität reduziert, so dass eine gehäufte Entleerung von kleineren Portionen stattfindet, die nicht immer kontrolliert werden können.

In der klinischen Realität finden sich häufig Mischformen, die durch die Befragung des Patienten und verschiedene Untersuchungen differenziert werden müssen.

Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

Die wichtigste Untersuchungsmaßnahme ist die gezielte Befragung des Patienten. Weiterhin gehört die proktologische Diagnostik mittels rektal-digitaler Untersuchung, Proktoskopie und Rektoskopie zur

Basisdiagnostik. Bei Verdacht auf einen Schließmuskeldefekt sollte eine Ultraschalluntersuchung des Schließmuskels erfolgen. Dazu wird ein dünner, runder Schallkopf in den Enddarm eingeführt. Der Arzt kann damit Veränderungen im Bereich des Schließmuskelapparates beurteilen. Ggf. ist eine Koloskopie notwendig.

Welche Therapieoptionen stehen zur Verfügung?

Konservative Behandlung:

In der Regel wird sich an die Diagnostik immer zunächst ein konservativer Therapieversuch anschließen. Beim Vorliegen einer Beckenbodensenkung, die eine häufige Ursache von Beschwerden und Inkontinenzproblemen ist, sollte zunächst eine Kräftigung der Beckenbodenmuskeln und des Schließmuskels durch eine spezielle Gymnastik erfolgen.

Als weitere Maßnahme kann durch ein gezieltes Übungstraining mit Hilfe eines Biofeedbackgerätes eine Besserung erzielt werden. Dieses Gerät wird von der Krankenkasse leihweise zur Verfügung gestellt. Den entsprechenden Antrag hierfür stellen wir für Sie.

Auch die Ernährungsgewohnheiten spielen eine wichtige Rolle. Besteht z. B. vorwiegend eine Inkontinenz bei weichen oder dünnflüssigen Stühlen, so muss selbstverständlich die Stuhlkonsistenz verfestigt werden. Dieses kann zum einen durch die Nahrung mit Verzicht auf ein Übermaß von Ballaststoffen als auch durch natürliche Mittel, die den Stuhlgang eindicken, erreicht werden. Auch mit Medikamenten kann in einigen Fällen eine Besserung erzielt werden. So kann beispielsweise bei Patienten mit weichem oder flüssigem Stuhl durch Eindickung mit Loperamid (Imodium o.ä.) die Kontinenz gesteigert werden.

In den meisten Fällen ist durch diese Therapie eine deutliche Besserung oder sogar Heilung der Beschwerden möglich.

Operative Behandlung

In den seltensten Fällen ist eine operative Maßnahme erforderlich. Der Vorfall der Hämorrhoiden oder Enddarmschleimhaut kann zu Stuhlschmierer führen und somit eine scheinbare Inkontinenz hervorrufen. Hier kann durch eine Hämorrhoidenoperation Abhilfe geschaffen werden.

Bei einem Schließmuskeldefekt kann eine direkte Naht des Schließmuskels (Schließmuskelrekonstruktion) erfolgen. Insbesondere bei direkten Schließmuskelverletzungen durch Enddarmin Eingriffe und vor allem im Rahmen eines Dammrisses oder Dammschnittes unter der Geburt, ist eine operative Behandlung sinnvoll. Bei ca.70% der operierten kann durch die Schließmuskelrekonstruktion eine deutliche Besserung der Beschwerden erzielt werden. Im Laufe der Zeit können die Probleme jedoch sich in einigen Fällen wieder verschlechtern.

Ein relativ neues Verfahren stellt die Sakralnervenstimulation dar. Dabei werden im Rahmen eines kleinen Eingriffes über dem Kreuzbein Elektrodenröhre an die Austrittsstellen der Nerven platziert, die den Enddarm versorgen. Kommt es dadurch zu einer Besserung, so werden endgültige Elektroden implantiert und arbeiten mit einem Schrittmacher. Es ist somit mit geringem Aufwand vorhersagbar, ob der Patient einen Nutzen von der Operation hat. Das Verfahren hilft auch bei Patienten mit kleineren Schließmuskeldefekten. Die letzte Möglichkeit bei ausgeprägter Stuhlinkontinenz besteht in der Anlage eines künstlichen Darmausganges. Sicher fürchtet jeder Patient die Belastung durch den künstlichen Darmausgang. Nach Ausschöpfung aller anderen Verfahren und ständigem Abgang auch von festem Stuhl kann jedoch die Lebensqualität der Betroffenen deutlich gesteigert werden.

Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Charlottenstraße 72
14467 Potsdam

Telefon: 0331.241 -5202
Fax: 0331.241 -5200