



Ratgeber

Stuhlinkontinenz

Prof. Dr. Heiner Krammer

Prof. Dr. Alexander Herold



Dieser Patientenratgeber richtet sich an Interessierte und hat zum Ziel, Sie übersichtlich und verständlich über die wichtigsten Fragen zum Thema Stuhlinkontinenz zu informieren. Ein Glossar, das die wichtigsten medizinischen Begriffe erklärt, finden Sie am Ende des Ratgebers. Der Ratgeber ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt¹⁾, an den Sie sich bei gesundheitlichen Fragen, Zweifeln und Sorgen wenden sollten, und dem die individuelle Diagnostik und Therapie in Absprache mit Ihnen vorbehalten ist.

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 ungewolltem Luftabgang über die gelegentlichen, leichten Wäscheverschmutzungen mit Kotspuren bis hin zum ungewollten Austritt selbst festen Stuhls (Tab. 1).

Inkontinenz – ein Tabuthema

Soziale Selbstständigkeit 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.

1) Aus Vereinfachungsgründen wurde unabhängig vom Geschlecht nur die männliche Formulierungsform gewählt. Die Angaben beziehen sich auf Angehörige jedweden Geschlechts.

Inkontinenz – ein weitverbreitetes Leiden

Es ist anzunehmen, dass allein in Deutschland etwa 4 bis 6 Millionen Menschen unter analer Inkontinenz leiden. Im Alter wird die Stuhlinkontinenz häufiger. In der Altersgruppe über 50 sind mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen. Doch es ist wohl auch eine Folge des Tabus, dass genaue Zahlen fehlen (Tab. 1 u. 2). Die Stuhlinkontinenz ist häufig kombiniert mit neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall, multipler Sklerose oder Erkrankungen des unteren Wirbelsäulenkanals. Auch ein langjähriger Diabetes mellitus kann über eine Neuropathie zur Inkontinenz führen. Eine gestörte Reservoirfunktion des Enddarms, z.B. durch chronische Entzündungen im Rektum und deren Folgen, kann auch eine Ursache der Inkontinenz sein.

Tab. 1: Stuhlinkontinenz wird nach Art der Inkontinenzereignisse in drei Grade eingeteilt.

Grad	Inkontinenzereignis
I	<i>Darmgase</i> können nicht zurückgehalten werden.
II	<i>Flüssiger Stuhl</i> kann nicht zurückgehalten werden.
III	<i>Fester Stuhl</i> kann nicht zurückgehalten werden.

Zu berücksichtigen ist, dass dies eine grobe Einteilung ist, denn häufig gibt es Übergangs- oder Mischformen. Ganz entscheidend ist außerdem die Häufigkeit der Probleme: von nahezu täglich bis selten einmal.

Das Kontinenzorgan

Das Kontinenzorgan (Abb. 1) wird gebildet aus

- unwillkürlichem inneren Schließmuskel (Sphincter ani internus),
- willkürlichem äußeren Schließmuskel (Sphincter ani externus),
- Beckenboden sowie
- Enddarm und Analkanal mit Hämorrhoidal-Polster und Anoderm.

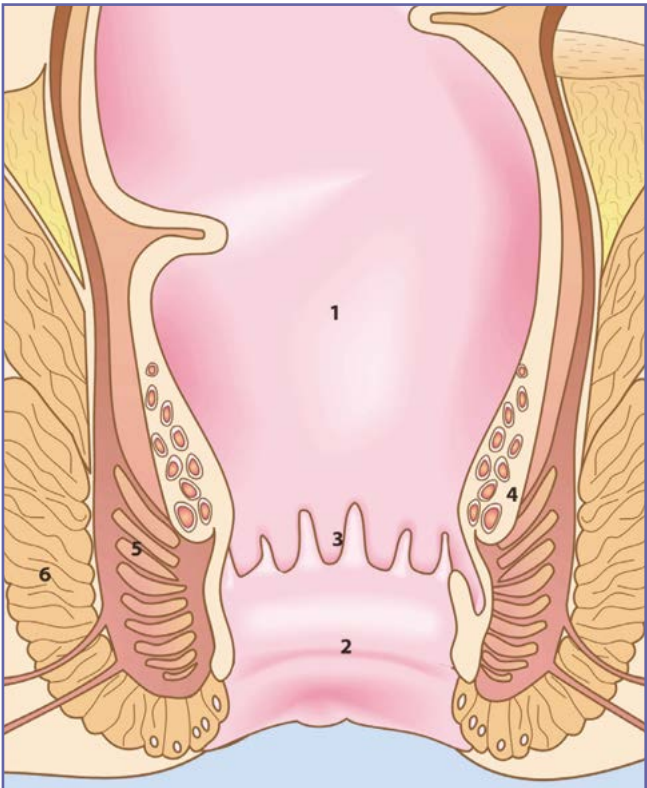


Abb. 1 Anatomie des Anorektums als Kontinenzorgan: 1 = Rektum, 2 = Analkanal, 3 = Linea dentata, 4 = Hämorrhoidalpolster, 5 = unwillkürlicher innerer Schließmuskel, 6 = willkürlicher äußerer Schließmuskel

Ursachen der Stuhlinkontinenz

Die Ursachen der Stuhlinkontinenz sind (Abb. 2):

- Geschädigter Schließmuskel und Beckenboden (z. B. Sphinkter-Schädigung durch Geburtstraumata, Fisteln oder Operationen)
- Stuhlbeschaffenheit (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 z.B. bei einem Schlaganfall)

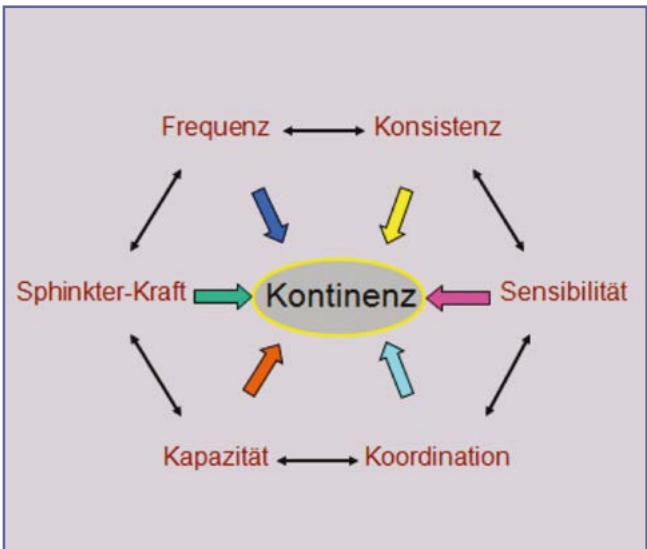


Abb. 2 Faktoren, die die Kontinenz beeinflussen

Diagnose der Stuhlinkontinenz

Die Diagnose einer Stuhlinkontinenz ist in Tab. 2 dargestellt.

Tab. 2: Diagnostik

Basisuntersuchung	Erhebung der Krankengeschichte (Anamnese) Enddarmuntersuchung (Inspektion, Palpation, Prokto- und Rektoskopie)
Ergänzende Untersuchungen	Endosonografie (Enddarm-Ultraschall, vor allem um die Beschaffenheit der Schließmuskel zu beurteilen) Analmanometrie (Druckmessung), um den Ruhedruck und den Druckaufbau im Schließmuskel zu messen Neurologische Untersuchungen, um evtl. Nervenerkrankungen als Ursache zu finden
In besonderen Fällen	Darmspiegelung (Koloskopie), um von der Darmschleimhaut ausgehende Erkrankungen zu entdecken Röntgenuntersuchung (Defäkografie), um den Stuhlentleerungsvorgang aufzuzeichnen Magnetresonanztomografie (dynamisches MRT), um den Aufbau (Anatomie) des Anorektums und Kontinenzorgans darzustellen (siehe Abb. 1)

Therapie der Stuhlinkontinenz

Die Therapie richtet sich nach der Ursache und der Ausprägung der Inkontinenz. Es kommen sowohl konservative (nichtoperative) als auch operative Verfahren infrage. Eine komplette Heilung ist leider häufig nicht möglich, in vielen Fällen aber eine Verminderung der Beschwerden.

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 Stuhlregulierung. Sehr effektiv sind hierbei Gelbildner wie indische Flohsamenschalen (Psyllium), die die Stuhlbeschaffenheit normalisieren (also auch zu dünnen Stuhl „eindicken“ können, Abb. 3). Bei zu häufigen Stühlen (Diarrhö) kann Loperamid helfen. Wiederum kann bei einigen Patienten auch eine geplante Entleerung des Enddarms mittels Abführzäpfchen oder bestimmter Einlaufsysteme (anale Irrigation) hilfreich sein.

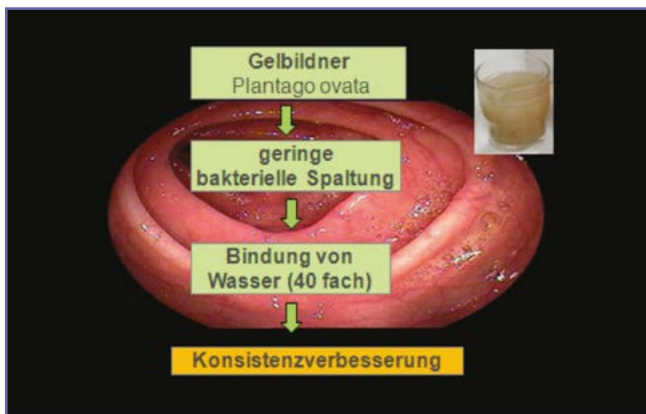


Abb. 3 Optimierung der Stuhlkonsistenz durch Flosamenschalen-Präparate als konservative Basistherapie

Beckenbodentraining, Biofeedbacktraining, Elektrostimulation

Die Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur durch aktives Beckenbodentraining unter Anleitung kann sinnvoll sein.

Ziel des Biofeedbacktrainings (Abb. 4) 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.

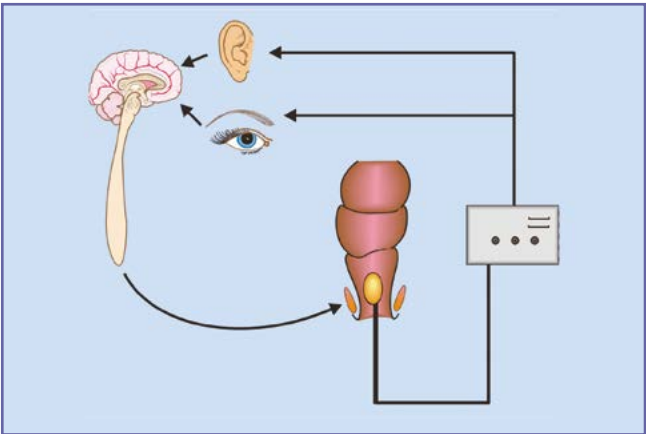


Abb. 4 Schematische Darstellung der audiovisuellen Wahrnehmung der Schließmuskelfunktion (Biofeedbacktraining)

Pflegerische Maßnahmen

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

Operative Therapie

In bestimmten Fällen können operative Therapieverfahren wie eine Analsphinkter-Rekonstruktion (Abb. 5), eine Spinkter-Raffung, ein Schließmuskelerersatz oder sogar ein Stoma (künstlicher Darmausgang) erforderlich und hilfreich sein. Ein besonders modernes und effektives Verfahren ist die Sakralnervenstimulation (Schließmuskelschrittmacher). Dabei 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. 6).

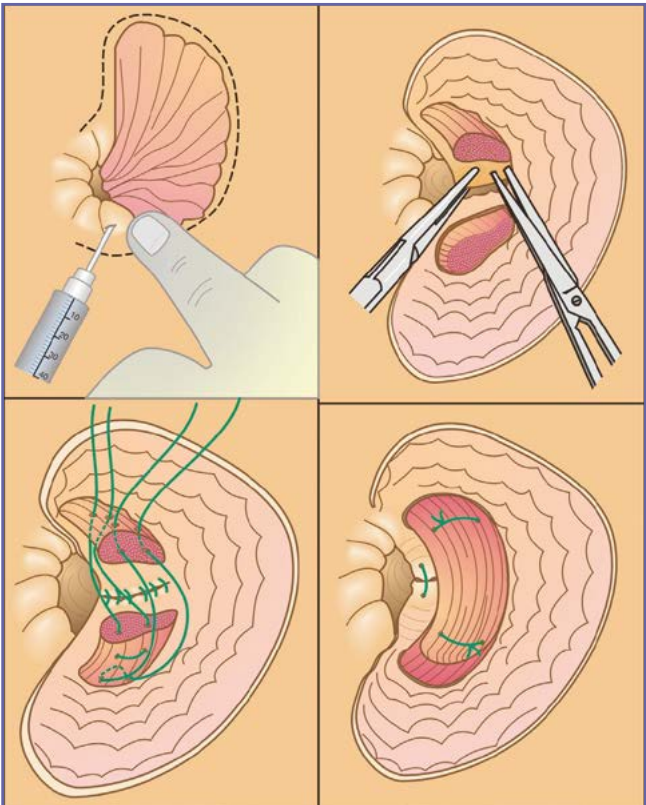


Abb. 5 Schematische Darstellung einer operativen Schließmuskelerkonstruktion

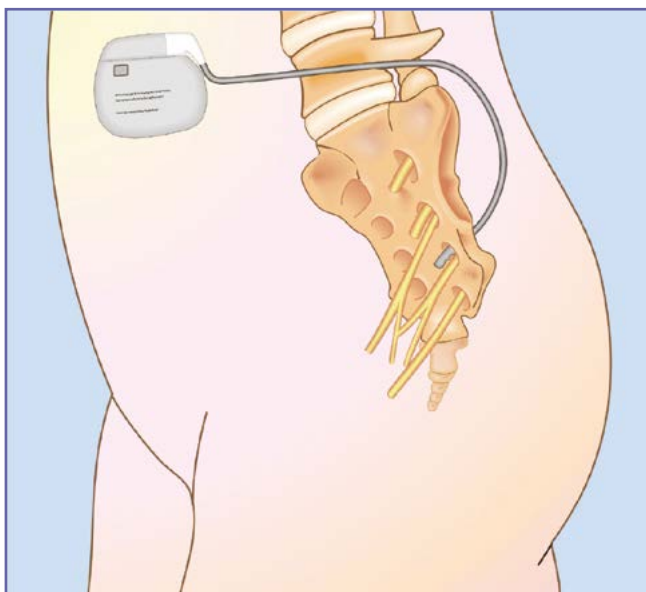


Abb. 6 Schematische Darstellung der Sakralnervenstimulation

Wer sind die richtigen Ansprechpartner?

Mit dem Problem der analen Inkontinenz beschäftigen sich Proktologen, Gastroenterologen, Chirurgen. Deutschlandweit sind zertifizierte Kontinenzzentren (www.kontinenzgesellschaft.de/Beratungsstellen-Zentren.6.0.html) geschaffen worden, in denen Proktologen, Gastroenterologen, Chirurgen zudem mit Urologen und Gynäkologen interdisziplinär zusammenarbeiten.

Glossar

Analkanal

Teil des Afters (Ausgang des Enddarms), in dem der Schließmuskel liegt (Abb. 1)

Analmanometrie

Objektive Messung der Kraft des Schließmuskels im Analkanal

Anorektum

Analkanal und Rektum gemeinsam

Beckenboden

Abschluss der Bauch- und Beckenhöhle des Menschen nach unten

Biofeedbacktraining

Bewusste Einflussnahme auf den Analsphinkter über ein elektrisches Hilfsgerät, das die Schließmuskelfunktion wahrnehmbar macht, siehe Abb. 4

Enddarm

Die letzten 20 cm des Dickdarms vor dem After

Endosonografie

Ultraschalldarstellung von innen (z.B. des Analsphinkters über den Analkanal)

Flohsamenschalen

Samen von Pflanzen aus Nordafrika und Südwestasien (*Plantago ovata*), die eine deutliche Quellwirkung haben

Defäkografie

Radiologische Untersuchung

des Stuhlentleerungsvorgangs, auch mithilfe der Kernspintomografie (MRT)

Elektrostimulation

Reizung, z.B. eines Muskels, durch ein elektrisches Feld von extern

Fistel

Nicht natürliche gang- oder schlauchartige Verbindung eines Hohlorgans im menschlichen Körper in die Umgebung (nach innen oder nach außen)

Hämorrhoiden

Gefäßpolster, die beim Verschluss des Afters mitwirken (Abb. 1)

Inspektion

Untersuchung durch Betrachtung

Irrigation

Art von Einlauf

Linea dentata

Gezahnte Linie im Analkanal, die die Grenze zwischen zwei unterschiedlichen Schleimhauttypen markiert (Plattenepithel und Zylinderepithel, Abb. 1)

Loperamid

Arzneimittel, das die Darmperistaltik hemmt

Magnetresonanztomografie (dynamische MRT)

Bildgebendes Verfahren, das Körperstrukturen und deren Bewegungsabläufe über Magnetfelder darstellen kann

Palpation

Abtasten

Proktoskopie

Spiegelung des Enddarms

Rektum

Unterer, gerader Teil des Enddarms (Abb. 1)

Sakralnervenstimulation

Elektrostimulation von Nerven, die auch den Schließmuskel im Analkanal anregen

Sensibilität

Empfindsamkeit, z.B. der Haut oder der Schleimhaut

Sphinkter ani

Schließmuskel im Analkanal

Sphinkter-Raffung

Operative Verkleinerung eines Ringmuskels

Stuhlinkontinenz

Unfähigkeit, den Stuhl bzw. Darminhalt zurückzuhalten

Ihnen hat dieser Ratgeber gefallen? Sie haben Fragen oder Anregungen? Dann schreiben Sie uns. Mit Ihrer Rückmeldung helfen Sie, diesen Patientenratgeber weiter zu verbessern. Unsere Anschrift: Gastro-Liga e.V., Redaktion „Patientenratgeber“, Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de

Aufnahmeantrag

an Gastro-Liga e.V. , Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen



Ich möchte in die Gastro-Liga e.V. als Mitglied aufgenommen werden

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon / Fax

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von €
(jährlicher Mindestbeitrag € 30,00)

Betrag in Worten
wird jährlich per Lastschrift erhoben.

Datum und Unterschrift

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.



Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftenmandats für die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger/Gläubiger:

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V., Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000452908

Mandatsreferenz-Nr.: * (s.u.)

Ich/Wir ermächtige/n die Gastro-Liga e.V. Zahlungen vom u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gastro-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

* Die Mandatsreferenz wird mir separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis Lastschrift wird mich die Gastro-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC:

Name Kreditinstitut:

Datum und Unterschrift

Link zu zertifizierten Inkontinenzzentren

www.kontinenz-gesellschaft.de/Beratungsstellen-Zentren.6.0.html

Autoren

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

Abbildungsnachweis:

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

Die Ratgeber-Reihe der Gastro-Liga e.V. wurde erstellt in Kooperation mit Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).



Gefördert durch die Ernst und Berta Grimmke – Stiftung



Stand: Oktober 2017

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) 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