

Stille Leiden - „Tabukrankheiten“ wie Inkontinenz

Viele Menschen mit Inkontinenzproblemen leiden still. Nur wenige sprechen darüber oder suchen medizinische Hilfe. Mit gezielten Beckenbodenübungen und der richtigen, und vor allem frühzeitigen Abklärung und Behandlung ist Stuhlinkontinenz meist jedoch gut in den Griff zu kriegen.

Die Ausscheidung von Stuhl und Harn ist für jeden Menschen – ob gesund oder krank, jung oder alt – eine existentielle Wichtigkeit. Dem Kleinkind wird mit Akribie die regelrechte und kontrollierte Darmentleerung zum frühestmöglichen Zeitpunkt anezogen („Toilettentraining“). Spätestens mit Erreichen dieses Zieles jedoch gelten die Stuhlentleerung und seine Unregelmäßigkeiten als Tabu, sodass Patienten/-innen mit etwa Stuhlinkontinenz (Unfähigkeit den Stuhlgang zu kontrollieren) selbst ihrem/ihrer behandelnden Arzt/Ärztin gegenüber ihre Beschwerden nicht oder nur zögernd berichten. Die Unfähigkeit den Stuhlgang zu kontrollieren wirft – zum Unterschied von einer Harninkontinenz, die zwar häufiger auftritt, mit der sich jedoch einfacher umgehen lässt – für die Betroffenen große Probleme, Angst und Scham auf. „Um sich peinliche Situationen zu ersparen werden Freizeitaktivitäten zunehmend vermieden, viele machen etwa nur noch kleine Ausflüge, um kurze Wege zu den Toiletten zu haben. Das kann bis zur Depression und völligen Isolation führen“, weiß Primar Dr. Christoph Kopf, Leiter der Abteilung Chirurgie am Klinikum Schärading und Vorstandsmitglied der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich.

Basierend auf klinischen Studien schätzt man heute, dass ca. fünf Prozent der Bevölkerung Probleme haben ihren Stuhlgang zu kontrollieren, wobei die Häufigkeit mit zunehmendem Alter steigt und am höchsten bei den über 65-jährigen liegt (zehn bis 15 Prozent). „Gerade in einer Zeit steigender Lebenserwartung darf die Stuhlinkontinenz nicht nur als ein individuelles Problem gesehen werden, sondern muss als ein gesellschaftliches Problem erkannt werden. In Oberösterreich wurde zum Beispiel von der Landesgruppe der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich ein Kontinenzstammtisch gegründet, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verstärken“, berichtet der erfahrene Mediziner.

Ursachen

Stuhlinkontinenz kann durch verschiedene Faktoren begünstigt werden – beginnend von einer geänderten Stuhlbeschaffenheit bei Durchfall oder einer entzündlichen

Darmerkrankung bis hin zu Sensibilitätsstörungen im Mastdarm wie etwa bei Diabetes. Auch Defekte des Verschlussapparates des Enddarms im Zuge einer oder mehrerer Geburten oder nach operativen Eingriffen am After, die den Beckenboden schwächen, können eine Stuhlinkontinenz fördern. Oftmals kommen nicht sichtbare Schließmuskeldefekte hinzu.

Abklärung

Zunächst sollte mit Arzt oder Ärztin das WAS, WIE, WODURCH und WANN genau herausgearbeitet werden. „Trauen Sie sich“, ermutigt Prim. Kopf. Anschließend folgt die Untersuchung der Anogenitalregion (besonders End- und Mastdarm). Bewährt hat sich eine Endoskopie (Darmspiegelung), um Veränderungen (Polypen, Tumore oder Mastdarmpolypen) auszuschließen. Weitere Spezialuntersuchungen sind der Ultraschall des Schließmuskelapparates mit dem Defekte des Muskels dargestellt werden können und die anorektale Manometrie (Druckmessung im Enddarm). Anhand dieser vielfältigen Untersuchungsmöglichkeiten ist es in den meisten Fällen möglich, die Ursache der Inkontinenz zu klären und so die PatientInnen einer individuellen Therapie zuzuführen.

Therapie

Auch die therapeutischen Möglichkeiten sind heute bereits breit gefächert, wobei wir zwischen konservativen und chirurgischen Therapieoptionen unterscheiden müssen.

Zu den **konservativen** Behandlungsansätzen zählen verhaltens- und stuhlregulierende Maßnahmen, wie Änderung der Ernährungsgewohnheiten, medikamentöse Eindickung des Stuhles und Ausnützen physiologischer Reflexe. „Häufig ist das Erlernen eines Beckenbodentrainings eventuell kombiniert mit einer Elektrostimulation des Afterschließmuskels oder die Durchführung eines sogenannten „Biofeedbacktrainings“ hilfreich“, so der Mediziner. Beim Biofeedbacktraining wird eine Druckmesssonde in den Enddarm eingebracht, wobei der Patient durch eine Signalmeldung (Biofeedback) lernt, das Kneifen des Schließmuskels auf einen Dehnungsreiz hin zu erhöhen.

Die **chirurgischen** Therapieoptionen müssen dem/der Patienten/-in und der Ursache individuell angepasst werden, wobei diese nur in 15-20 Prozent aller Patienten/-innen angezeigt sind. Eine einfache und wirkungsvolle Operationsmethode ist der überlappende Sphinkterrepair. Anwendung findet diese Technik bei umschriebenen Defekten des Schließmuskels wie etwa bei Stuhlinkontinenz nach geburtstraumatischen Verletzungen oder nach Fisteloperationen. Dabei werden die zerrissenen Schließmuskelenden aufgesucht und überlappend miteinander vernäht.

Ist der Schließmuskel hingegen in seiner Struktur intakt und nur in seiner Funktion geschwächt oder besteht nur ein kleiner Muskeldefekt kommt die sakrale Neuromodulation (SNM) zur Anwendung. Dabei wird eine Sonde transkutan durch das Kreuzbein an die Beckennerven platziert - bewirkt eine Dauerkontraktion des äußeren Schließmuskels - und mit einem unter der Haut befindlichen Schrittmacher verbunden.

Bei leichter Stuhlinkontinenz („Sickern“, „Spuren“) kann die Injektion von Bulking agents submukös oder inter- bzw. intrasphinkitär, wodurch der Analkanal verengt wird, hilfreich sein.

Für den Fall sehr ausgedehnter Schließmuskerverletzungen oder einer sogenannten „Endstadium-Stuhlinkontinenz“ besteht die Möglichkeit der Implantation eines künstlichen Analschließmuskels. Dabei wird eine silikonartige Prothese, die aus einem aufblasbaren Ring, einem speziellen Pumpventil und einem Reservoirballon besteht, implantiert. Wiewohl die Implantation von Kunststoff um die Analöffnung wegen der Infektionsgefahr problematisch ist, setzt man neue Hoffnung in das Analband, das ein geringeres Infektionsrisiko zu haben scheint.

Derzeit ebenfalls in klinischer Erprobung (Phase 2 Studie) ist die Stammzellenimplantation in den geschwächten Schließmuskel: Muskelgewebe wird aus dem Körper entnommen, die Stammzellen daraus isoliert und in Kulturen angereichert, um dann in den Schließmuskel injiziert zu werden.

„Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung der unkontrollierten Stuhlentleerung aber ist, dass die betroffene Person diesbezüglich das Gespräch mit ihrem Arzt sucht, der sie dann an eine entsprechende Spezialambulanz weiterleiten wird“, empfiehlt der Primar.

Die Chirurgische Abteilung am Klinikum Schärading beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Koloproktologie, wobei das gesamte Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, sowohl im Bereich der funktionellen als auch der onkologischen Darmerkrankungen angeboten wird.