

Inkontinenz

Was ist Inkontinenz?

Unter Inkontinenz versteht man die Undichtigkeit eines Schliesssystems (z.B. Harnblasensphinkter, After). Die anale Inkontinenz ist also die gestörte Fähigkeit, Darminhalt zurückzuhalten. Die anale Inkontinenz wird nach der Unfähigkeit für das Halten von Luft, flüssigem Stuhl und festem Stuhl sowie der Häufigkeit der unwillkürlichen Stuhlabgänge in verschiedene Schweregrade eingeteilt je nachdem, ob die Schwäche nur für Wind (leichteste Störung), flüssigen oder gar für festen, geformten Stuhl besteht.

Stuhlinkontinenz ist ein häufiges und stark tabuisiertes Leiden. Die Ursachen können sehr vielschichtig sein: Eine Muskelschwäche des Beckenbodens bei Frauen nach schweren Geburten, Verletzungen der Schließmuskeln durch Operationen oder Unfälle, Erkrankungen des Nervensystems wie z.B. Multiple Sklerose und Morbus Parkinson sowie Stoffwechselerkrankungen wie eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) kommen als Ursache einer Inkontinenz in Betracht.

Die Betroffenen sind in ihrem normalen Leben oft stark eingeschränkt, vertrauen sich aber lange Zeit niemandem an. Es ist wichtig, dass Sie mit Ihrem Arzt darüber sprechen, da Hilfe möglich ist.

Wie kann es zur Inkontinenz kommen?

Zur Inkontinenz kann es auf verschiedene Weise kommen. Die größte Rolle spielen nervale Läsionen, die sich im Gehirn und Rückenmark (zentrale Störung) oder in den Nervenfasern, die zu den Sphinktern ziehen (periphere Störung), befinden können. Außerdem können fälschlich entstandene Verbindungen vom Mastdarm zur Umgebung (Haut, Harnröhre, Scheide), sogenannte Fisteln, zur Undichtigkeit führen. Seltener findet sich die Ursache der Inkontinenz in einer Zerstörung der abdichtenden Muskulatur. Recht häufig ist eine Inkontinenz auf Grund der Absenkung des Beckenbodens im Zuge einer Beckenbodenschwäche.

Welche Abklärungen sind notwendig?

Die Inkontinenzdiagnostik ist ausgesprochen komplex, da mehrere Faktoren (sensorische, nervale und muskuläre Funktion, krankhafte Veränderungen der Schleimhaut, psychische Ursachen) berücksichtigt werden müssen. Die Untersuchungen sind aufwendig und umfassen ein breites Spektrum von klinischer Untersuchung (Inspektion und Austastung der Analregion, Mastdarmspiegelung), bildgebender Untersuchung (Ultraschall, endoskopischer Ultraschall, Magnet-resonanztomographie, Röntgen des Mastdarms mit Kontrastmittel) und Funktionsuntersuchung (Druckmessung im Mastdarm und After (Manometrie), Defäkographie (Röntgen oder MRI-Untersuchung während des Stuhls), Elektromyographie). Erschwerend kommt zur komplexen Diagnostik die oft ungenaue Angabe der Betroffenen über die eigentliche Inkontinenz dazu. Deshalb sollte ein Stuhltagebuch geführt werden.

Wie kann die Stuhlinkontinenz behandelt werden?

Durch moderne Therapiemöglichkeiten wie z.B. Elektrostimulation und Biofeedback-Training ist die Inkontinenz zu lindern oder sogar zu heilen. Bei der Elektrostimulation wird der innere Schliessmuskel, der nicht willkürlich kontrolliert werden kann, mit Hilfe von schwachen Reizströmen stimuliert und so trainiert. Mit dem Biofeedback-Verfahren kann der Betroffene anhand optischer oder akustischer Signale erkennen wie kräftig er seinen äusseren Schliessmuskel betätigt, der im Gegensatz zu inneren Schliessmuskel, bewusst gesteuert werden kann. Neuere Geräte vereinen beide Funktionen in einem und ermöglichen so ein umfassendes Training, welches der Patient nach kurzer Anlernphase zu Hause selbstständig durchführen kann. Die genannten Verfahren stehen in spezialisierten Behandlungseinrichtungen zur Verfügung.

Darüber hinaus gibt es verschiedene operative Verfahren zur Behandlung der Stuhlinkontinenz, die eine Straffung oder Wiederherstellung des beschädigten Schließmuskels zum Ziel haben. Bei Störungen, die aus einem Defekt der Sphinktermuskulatur herrühren, kann die Rekonstruktion des Muskels versucht werden. Häufig bildet sich eine Inkontinenz nach analen Eingriffen im Lauf der Zeit zurück. Falls die Zerstörung so hochgradig ist, dass keine Naht der Muskulatur durchgeführt werden kann, ist die Ersatzplastik der Analmuskulatur möglich. Dieses sehr aufwendige Verfahren kann jedoch nur in einigen hochspezialisierten Kliniken durchgeführt werden und hat eine Versagerquote von ca. 50%. In einigen Fällen ist auch die Implantation eines aufblasbaren Ringes möglich, der die Funktion des Sphinkters übernimmt. Die Steuerung dieses Ringes wird durch einen Ballon unter der Bauchdecke vorgenommen. In neuester Zeit ist v.a. die sakrale Nervenstimulation mittels einem dem Herzschrittmacher sehr ähnlichen Gerät, viel versprechend. Dabei werden elektrische Impulse im Bereich der Nervenwurzeln des Steissbeines ausgesandt, welche über noch nicht gänzlich bekannte Mechanismen zu einer besseren Stuhlkontrolle führen. Die Resultate sind in gut ausgewählten Fällen sehr positiv.

Leichte Formen der Stuhlinkontinenz können insb. dann, wenn die Patientin weicheren Stuhl hat, auch medikamentös behandelt werden. Z.B. mit Loperamid, welches die Stuhlpassage durch den Darm so verlangsamte, dass der Stuhl fester wird und so im Enddarmbereich besser wahrgenommen und zurückgehalten werden kann. Alternativ kann auch der Stuhl mit einem Quellmittel, welches im Gegensatz zur Therapie der Verstopfung nicht mit Wasser sondern mit wenig Yoghurt eingenommen wird, eingedickt werden. Eine solchen Therapieversuch muss aber mit dem Arzt abgesprochen und überwacht werden.