

Referent: Dr. med. Franz Raulf

**Schatzmeister der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.,
Chirurg/Proktologie, End- und Dickdarmzentrum Münster**

Beckenbodenfunktionsstörungen – Stuhlinkontinenz und Obstipation

Hannover, 8. November 2013. Hintergrund: Die Stuhlinkontinenz wird in den nächsten Jahrzehnten im Zuge des demografischen Wandels eine zunehmende sozioökonomische Relevanz erhalten. Bereits heute übersteigt der Gesamtaufwand für die Versorgung Inkontinenter mit Vorlagen, Windeln und geschlossenen Systemen die Kosten für Kardiaka und Antirheumatika.

Die Stuhlinkontinenz tritt bei Frauen wesentlich häufiger auf (4 bis 5 :1). Dies hat anatomische Gründe (kürzerer Analkanal), ist aber auch oft durch Geburtstraumen begründet. Insgesamt leiden circa 5 Prozent der Bevölkerung unter Stuhlinkontinenz mit unterschiedlicher Ausprägung von unkontrolliertem Luftabgang bis zum vollständigen Kontrollverlust.

Die Störungen des „hinteren Kompartiments“ des Beckenbodens können sich als Stuhlinkontinenz oder als Entleerungsproblem im Sinne einer Obstipation (Verstopfung) manifestieren. Dabei haben wir heute gute Kriterien für die Entscheidung zwischen einer konservativen oder operativen Therapie bei der Inkontinenz. Die Therapie der Entleerungsstörung ist aktuell intensiv in der Diskussion.

Bei der überwiegenden Mehrzahl der **stuhlinkontinenten Patienten** erfolgt unverändert eine konservative Therapie. Sie richtet sich auf die Korrektur von Defiziten, die sich aus der Fehlfunktion des vorgeschalteten Magen-Darm-Traktes ergeben und sie versucht, die vorhandene Restaktivität der Muskulatur auszunutzen bzw. zu stärken.

- Abführmittel sind abzusetzen!
- Durchfälle im Rahmen einer Entzündung sind zu behandeln!
- Der Stuhl sollte eingedickt werden bzw. die Darmtätigkeit medikamentös gehemmt werden!
- Psychogene Störungen müssen abgeklärt und einer Intervention zugeführt werden!

Grundsätzlich umfasst die konservative Therapie auch das sogenannte Toilettentraining und das Führen eines Stuhltagebuchs. Hieraus können sich Möglichkeiten ergeben, den Entleerungszeitpunkt mit entsprechenden rektalen Abföhrhilfen (wie beispielweise Klistieren) zu "programmieren". Ein Muskeltraining unter sachkundiger Anleitung durch einen Physiotherapeuten ist wesentlich. Ggf. kann dieses aktive Muskeltraining zunächst mit einer Schwellstromtherapie und einer Biofeedbacktherapie begonnen werden. Die aktive lebenslange Mitarbeit des Betroffenen ist aber auch wesentlich. Sie führt, wenn nicht zu einer kompletten Wiederherstellung der Haltefähigkeit, so doch zu einer Verzögerung der weiteren Verschlechterung der Kontinenzsituation.

Die Störung der Einzelkomponenten des Verschlussapparates (Sensorik, Muskulatur, Nervenschaden) lassen sich in geeigneten Fällen (z.B: Rektumprolaps, Sphinkterdefekt) operativ behandeln. Die zahlenmäßig mit Abstand häufigste Ursache einer analen Inkontinenz ergibt sich als Folge eines Traktionsschadens des Nervus pudendus („periphere neurogene Schädigung“). Als Folge der verschlechterten Nervenfunktion wird die Kontraktionsleistung der Muskulatur schwächer. Zur operativen Behandlung eignet sich die sakrale Nervenstimulation. Hierbei werden die Nerven, die die Schließmuskulatur versorgen, im Bereich ihrer Austrittsstellen am Sakralmark mit elektrischen Impulsen stimuliert. Dies führt zu einer entsprechenden Zunahme der Kontraktionskraft der Muskulatur. Die **sakrale Nervenstimulation** hat heute einen definitiven Platz in der operativen Behandlung der Stuhlinkontinenz erreicht, bis zum Jahr 2010 wurden weltweit 65000 Eingriffe durchgeführt. Dagegen sind

die Zahlen der Schließmuskelerersatzplastiken aufgrund der möglichen lokalen Komplikationen rückläufig.

Beim **obstipierten Patienten** gelten analoge Empfehlungen. Die primäre Therapie ist konservativ. Nach der Analyse der zugrundeliegenden Störung (verlangsamter Kolontransit vs. rektale Entleerungsstörung) erfolgt eine konservative Therapie mit geeigneten Laxantien oder rektalen Entleerungshilfen (CO₂-freisetzende Supp. oder Klistiere).

Die Indikation zur operativen Therapie ist erst nach fehlgeschlagener konservativer Therapie zu erwägen und dann jeweils sehr individuell zu stellen. Für die Kolonresektion bei der slow-transit-Obstipation finden sich nur Studien mit begrenzten Fallzahlen und unterschiedlichen Einschlusskriterien. Im Fall der **STARR-Operation** (**stapled transanal rectal resection**) ist es derzeit noch unklar, ob dieses Verfahren den der rektalen Entleerungsstörung zugrundeliegenden Pathomechanismus adäquat berücksichtigt.