

Fachpraxis für Enddarkerkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr. 19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

Ärztehaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

Mobil +43(0) 676 3531914

dr.beck@klinikstgeorg.ch

beck-analhygiene@aon.at www.haemorrhoidenberatung.com



Stuhlinkontinenz

Die **Kontinenz** ist definiert als die Fähigkeit, willkürlich Gas, flüssigen und festen Stuhl positions- und aktivitätsunabhängig zu kontrollieren. Ist die Kontrolle über das Kontinenzorgan gestört, spricht man von einer **Stuhlinkontinenz** und versteht darunter die Unfähigkeit, Darminhalt unterschiedlichster Konsistenz willkürlich zu kontrollieren.

Je nach Ausprägung der Inkontinenz sprechen wir von verschiedenen Schweregraden, angefangen von leichter Inkontinenz mit Schmierer bis hin zur vollständigen Inkontinenz mit unkontrolliertem Abgang von festem Stuhl.

Die Stuhlinkontinenz ist ein häufiges Problem. Es leiden mehr Frauen als Männer darunter. Je nach Altersgruppe, die man betrachtet, leiden zwischen 2 und 20 % der Bevölkerung unter Kontinenzproblemen. Man beobachtet in der Regel eine Verschlimmerung der Beschwerden mit zunehmendem Alter. Obwohl diese Beschwerden häufig sind, genieren sich die Patienten beim Arztbesuch und verschweigen oft "ihr" Problem. Dabei stehen heute gute Mittel zur Verfügung, um den Patienten und Patientinnen zu helfen.

Die Kontinenz wird durch ein feinreguliertes, funktionelles Zusammenspiel von Enddarm und Schliessmuskelapparat gewährleistet. Störungen der normalen Funktion in einem oder beiden Systemen können zu Kontinenzproblemen führen.

Es wird primär die **angeborene** und die **erworbene Stuhlinkontinenz** unterschieden. Erstere sind meist komplexe Missbildungen am After und Enddarm.

Bei der erworbenen Stuhlinkontinenz sind häufig mehrere Ursachen verantwortlich. So findet man häufig im zunehmenden Alter eine Kombination aus Schliessmuskelverletzung (frühere Komplikation, zum Beispiel Zangengeburt oder Dammriss) und Beckenbodenschwäche. Im Gegensatz dazu sind beim Mann häufig eine Verletzung des Schliessmuskels in Folge früherer Operationen oder Entzündungen am After nachzuweisen. Inkontinenz kann aber auch in Folge von Bestrahlung des Enddarmes oder Verletzung des Rückenmarkes auftreten. Häufig findet man eine Inkontinenz bei gleichzeitig auftretendem Enddarmvorfall.

Fachpraxis für Enddarmkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr.19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

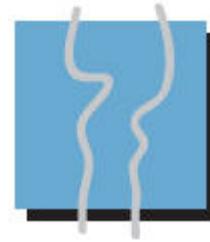
Ärztelhaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

Mobil +43(0) 676 3531914

dr.beck@klinikstgeorg.ch

beck-analhygiene@aon.at www.haemorrhoidenberatung.com



Was bedeutet Stuhlinkontinenz?

Viele Patienten mit Stuhlinkontinenz berichten nicht von sich aus von den Symptomen der Inkontinenz. Sie schämen sich und möchten nicht über ihr Problem sprechen. Es ist nicht nur das Verschmutzen der Unterwäsche oder demzufolge das Tragen der Einlagen, die dem Patienten zu schaffen machen. Ihr Leiden reduziert ihre Lebensqualität auf eine umfassende Art. Viele Patienten trauen sich oft nicht mehr, ihr Haus zu verlassen, sie meiden öffentliche Verkehrsmittel. Die Angst, Stuhl zu verlieren, unangenehm zu riechen, führt nicht selten zum sozialen Rückzug. Die betroffenen Personen sind nicht nur in ihrer Mobilität eingeschränkt, auch das Selbstwertgefühl wird durch die Inkontinenz signifikant vermindert. Nicht selten kommt es zu depressiven Verstimmungen.

In etwa einem Drittel der Fälle ist gleichzeitig eine Urininkontinenz vorhanden. Das Zusammenwirken der beiden Schwächen führt oft zu perianalen Hautveränderungen mit Juckreiz und Hautrötung. Rezidivierende Harnwegsinfekte können manchmal auch als Folge der Stuhlinkontinenz auftreten.

Diagnostik

Bevor eine Therapie begonnen werden kann, muß eine entsprechende Diagnostik durchgeführt werden, die relativ spezialisiert ist. Neben der **Messung des Schließmuskeldruckes**, der **US-Darstellung der Schließmuskeln** und einer **Dickdarmspiegelung** wird auch eine **Stuhlentleerungsuntersuchung** durchgeführt, man muß als Patient diese Untersuchungen durchlaufen.

Therapiemöglichkeiten

Die Therapie der Stuhlinkontinenz richtet sich nach der zu Grunde liegenden Ursache und muss an die Patienten individuell angepasst werden. Folgende Hauptgruppen der Therapie stehen zur Verfügung:

1. Konservative Therapie
2. Physikalische Therapie
3. Chirurgische Verfahren

Konservative Therapie

Bei leichter Stuhlinkontinenz kann durch eine einfache Veränderung der Essgewohnheiten schon eine Verringerung der Beschwerden erzielt werden. Folgende Nahrungsmittel haben durch das verlangsamte Passieren der Darmschlingen einen günstigen Einfluss auf die Kontinenz:

Bananen, Apfelkompott, gekochter Reis, Kartoffeln und Joghurt.

Umgekehrt können Nahrungsmittelunverträglichkeiten zum Auftreten der Stuhlinkontinenz führen (zum Beispiel Laktose-Intoleranz). Im Dickdarm stimuliert Koffein die Darmbewegung und führt zu beschleunigter Stuhlentleerung und verstärkt die Inkontinenzsymptome. Folgende Nahrungsmittel können eine Stuhlinkontinenz provozieren:

Pflaumen und Feigen, Erbsen, Broccoli, alle Kohlarten und grünblättriges Gemüse.

Fachpraxis für Enddarmkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr.19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

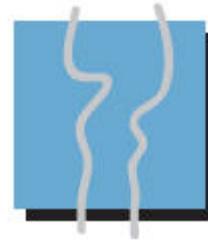
Ärztelhaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

Mobil +43(0) 676 3531914

dr.beck@klinikstgeorg.ch

beck-analhygiene@aon.at www.haemorrhoidenberatung.com



Die Effekte sind jedoch individuell verschieden und die Patienten kennen meist ihre Empfindlichkeiten gegenüber gewissen Nahrungsmitteln.

Die geläufigste diätische Modifikation ist eine **faserreiche Kost**, welche das Volumen und die Konsistenz des Stuhles verbessern und so die Kontinenz fördern soll. Nahrungsfasern sind in Vollkorngetreide und deren Produkte enthalten (zum Beispiel Brot, Teigwaren, Kleieflocken und Mehl), Hülsenfrüchte (zum Beispiel Linsen, weisse Bohnen), Gemüse, Salat, Früchte (Trockenfrüchte), Nüsse und Samen.

Medikamente

Es gibt 2 Typen von Medikamenten, welche die Darmpassage verlangsamen:

Loperamid und Codein

Loperamid (z.B. Imodium) hemmt die Schleimproduktion und die Darmtätigkeit. Zusätzlich wirkt Loperamid über eine Verbesserung der Schliessmuskelfkraft auch günstig auf die Inkontinenz.

Codein ist ein potentes Anti-Durchfallmittel, das durch die Verminderung der Darmtätigkeit die Dauer der Darmpassage erhöht. Leider schränken die zahlreichen Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Abhängigkeit, Erbrechen und Bauchkrämpfe seinen Einsatz ein.

Physikalische Therapie

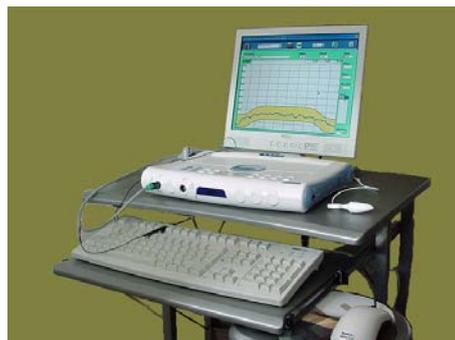
Beckenbodentraining und Biofeedback

Regelmässige Stuhlentleerungen mit Hilfe abführender Zäpfchen oder kleinen Einläufen können die Situation bezüglich Inkontinenz bei Patienten und Patientinnen mit verminderter Enddarmfunktion verbessern.

Durch regelmässiges **Training des Beckenbodens**, anfangs unter Anleitung, später mit Hilfe von Biofeedback-Messgeräten, kann die Fähigkeit, Stuhl zu halten, gezielt gefördert werden. Diese Form der Therapie wird auch mit Erfolg als Begleitmassnahme zum chirurgischen Eingriff (Schliessmuskelerkonstruktion) eingesetzt. Etwa 2/3 der Patienten profitieren von **Biofeedback** und Beckenbodengymnastik im Hinblick auf ihre Inkontinenz.



Beckenbodengymnastik



Modernes Biofeedbackgerät

Fachpraxis für Enddarm Erkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr. 19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

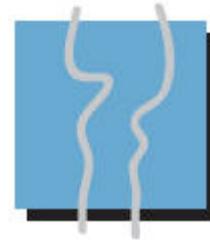
Ärztelhaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

Mobil +43(0) 676 3531914

dr.beck@klinikstgeorg.ch

beck-analhygiene@aon.at www.haemorrhoidenberatung.com

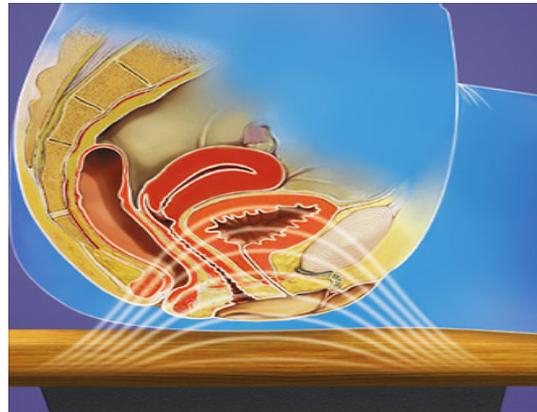


Extrakorporale magnetische Innervation- EXMI NeoControl- Beckenbodenmagnetfeldtherapie

Mit dem Verfahren der extrakorporalen magnetischen Innervation werden stark fokussierte pulsierende Magnetfelder erzeugt. Das Verfahren ist eine neue Therapiemöglichkeit zur Verbesserung der Muskeltätigkeit im Bereich des Beckenbodens. Das Verfahren führt zum einen zu einer verbesserten Durchblutung der Beckenbodenmuskulatur, zum anderen werden die Beckenbodennerven stimuliert.



Magnetfeldstuhl mit Generator



Magnetfeldtherapie schematisch

Chirurgische Therapien

Schliessmuskelnaht (Sphinkterrepair)

Die Schliessmuskelnaht (**Sphinkterrepair**) hat die Wiederherstellung des verletzten Schliessmuskelringes zum Ziel. Die häufigste Ursache für das Reißen des Schliessmuskels sind geburtshilfliche Unfälle bei schwierigen Geburten. Ausserdem kommen Schliessmuskelverletzungen nach operativen Eingriffen im Enddarmbereich vor - bei Hämorrhoidenoperationen, Eingriffen bei perianalen Fisteln und Abszessen) sowie bei analen Traumata (z.B. Pfählungsverletzungen).

Über einen kleinen Schnitt am Damm werden in Allgemeinnarkose oder rückenmarksnaher Anästhesie die Enden des durchtrennten Schliessmuskels gesucht und freipräpariert. Danach werden sie überlappend miteinander vernäht.

Fachpraxis für Enddarmmerkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr.19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

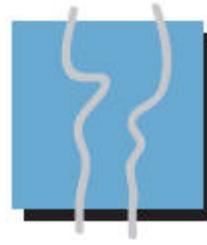
Ärztehaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

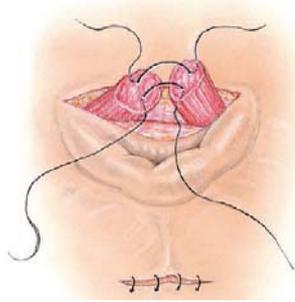
Mobil +43(0) 676 3531914

dr.beck@klinikstgeorg.ch

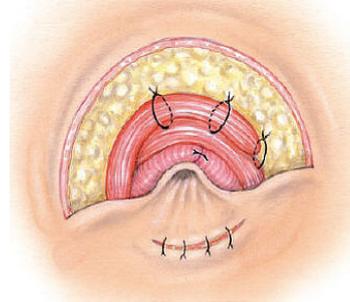
beck-analhygiene@aon.at www.haemorrhoidenberatung.com



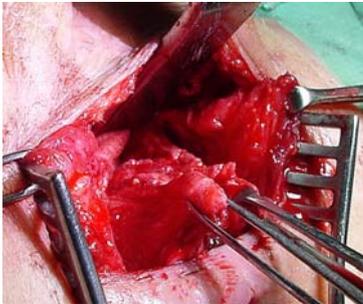
Schließmuskelnaht



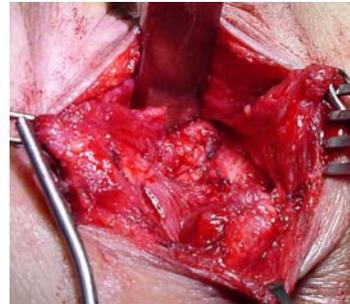
Schließmuskelnaht schematisch



Schließmuskelnaht nach Fertigstellung



Darstellung des inneren und äußeren Schließmuskels



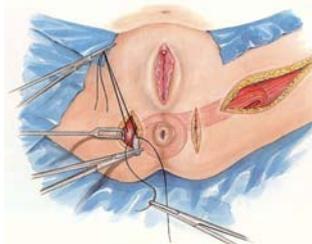
Schließmuskelnaht nach Fertigstellung

Dynamische Gracilisplastik

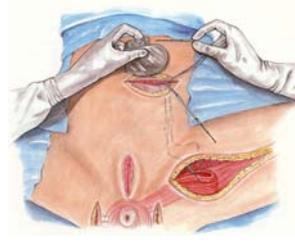
Es wird ein relativ zarter Muskel von der Innenseite des Oberschenkels verwendet, den man sonst nicht unbedingt braucht (Musculus gracilis). Dieser Muskel wird entsprechend vorbereitet und an seinem Ansatz am oberen Ende des Oberschenkels belassen, so daß dieser Muskel noch gut durchblutet ist und auch die Nerven für die Funktion erhalten sind. Er wird unter der Haut um den After gelegt und mit einer entsprechenden Vorspannung fixiert. Die eigentliche Spannung für den Muskel erzeugt ein Schrittmacher, wie er auch für die Herzrhythmussteuerung (Herzschrittmacher) Verwendung findet. Er wird unter die Haut am Bauch platziert. Dieser Schrittmacher kann mit einer Fernbedienung zur Stuhlentleerung ausgeschaltet werden. Das System funktioniert dann zwischen 8 und 10 Jahren.



Präparation des Muskels



Bildung einer Muskelschlinge



Einbringen des Schrittmachers

Fachpraxis für Enddarm Erkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr. 19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

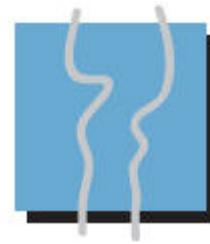
Ärztehaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

Mobil +43(0) 676 3531914

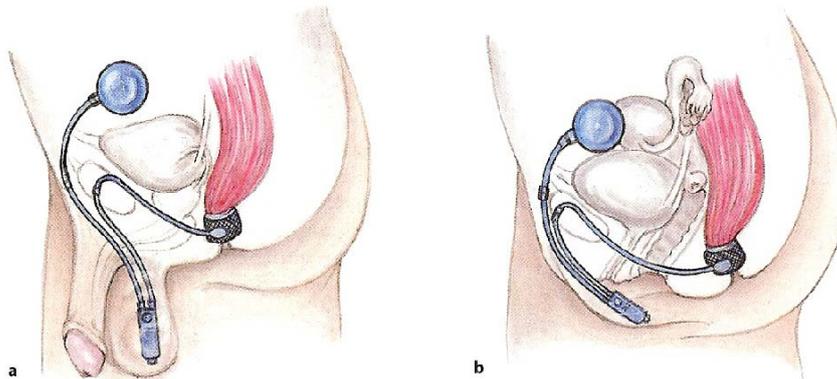
dr.beck@klinikstgeorg.ch

beck-analhygiene@aon.at www.haemorrhoidenberatung.com



Künstlicher Schliessmuskel

Der künstliche Schliessmuskel ist eine implantierbare Prothese aus Silikon und besteht aus 3 Elementen: eine **Schliessmuskelmanschette**, eine **Pumpe** und ein **Druckregulationsballon**. Die Schliessmuskelmanschette wird um den Enddarm gelegt, die Pumpe beim Mann in der Hodentasche, bei der Frau in der grossen Schamlippe eingebracht und der Ballon wird unter die Haut im Unterbauch platziert. Durch Betätigung der Pumpe fliesst die Flüssigkeit der Manschette ab und die Patienten können den Enddarm entleeren. Die Flüssigkeit, die sich während der Stuhlentleerung im Ballon befindet, fliesst langsam wieder in die Manschette zurück und verschliesst den Enddarm wieder. Ist das System einmal erfolgreich implantiert, sind keine Folgeoperationen nötig.



Künstlicher Schliessmuskel: Situation beim Mann und bei der Frau

Fachpraxis für Enddarmkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr. 19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

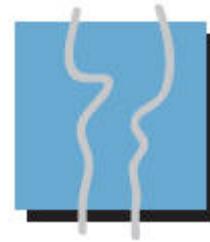
Ärztehaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

Mobil +43(0) 676 3531914

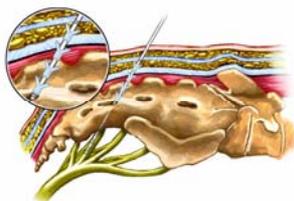
dr.beck@klinikstgeorg.ch

beck-analhygiene@aon.at www.haemorrhoidenberatung.com

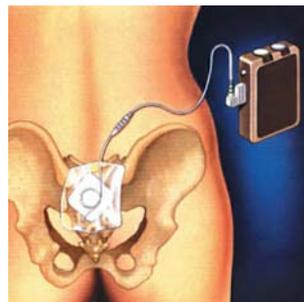


Sakrale Nervenstimulation (SNS)

Diese neue Therapiemöglichkeit bietet sich für Patienten mit schwachem, aber weitgehend intaktem Schliessmuskel oder mit gestörtem Enddarmempfinden an. Es handelt sich um ein minimal-invasives Verfahren, das zunächst bei einer **Teststimulation** erprobt wird. Dabei wird ambulant in örtlicher Betäubung eine Nadel durch das Kreuzbein zu dem Nerv, der den Beckenboden versorgt, eingebracht. Über diese Nadel kann der Nerv stimuliert werden und bei günstiger Lage, d.h. bei einer Kontraktion des Beckenbodens, kann eine Elektrode durch die Nadel eingeführt werden. Diese Elektrode wird dann mit einem **externen Stimulationsgerät** verbunden. Nun wird der Beckenboden durch dieses Stimulationsgerät während 24 Stunden chronisch stimuliert, ohne dass der Patient etwas davon bemerkt. Zu Hause in gewohnter Umgebung kann nun die Wirkung dieser Stimulation überprüft werden. Tritt eine Reduktion der Inkontinenzsymptome von über 50% auf, wird der externe Stimulator durch einen implantierbaren **Neurostimulator** (ähnlich einem Herzschrittmacher) ersetzt, der im Gesässbereich unter die Haut implantiert wird. Dieser übernimmt dann die Funktion der chronischen Stimulation. Der Patient kann mit einer Fernbedienung die Stimulationsstärke beeinflussen. Ein Ausschalten für eine Stuhlentleerung ist in der Regel nicht nötig. Die Dauerstimulation der Nerven führt einerseits zu einer verbesserten Empfindlichkeit des Enddarmes auf ankommenden Stuhl und andererseits zu einer verbesserten Schliessmuskelfunktion. Häufig wirkt sich die Stimulation des Beckenbodens auch auf gleichzeitig bestehende Drang-Urininkontinenz günstig aus.



Einbringen einer Testelektrode



Teststimulation mit Batterieunterstützung



Einbringen des Neurostimulators Unter die Gesäßhaut

Fachpraxis für Enddarmkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr. 19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

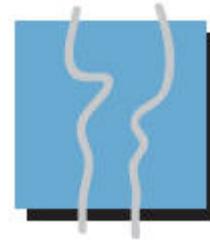
Ärztehaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

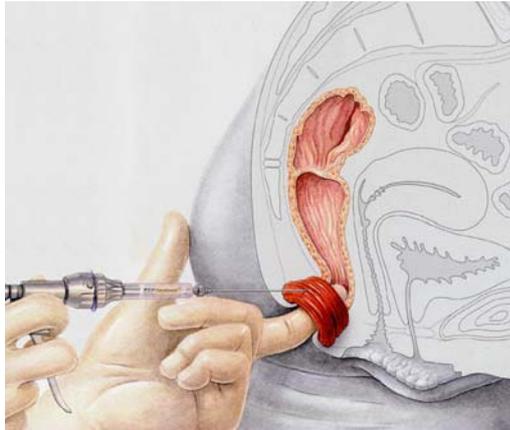
Mobil +43(0) 676 3531914

dr.beck@klinikstgeorg.ch

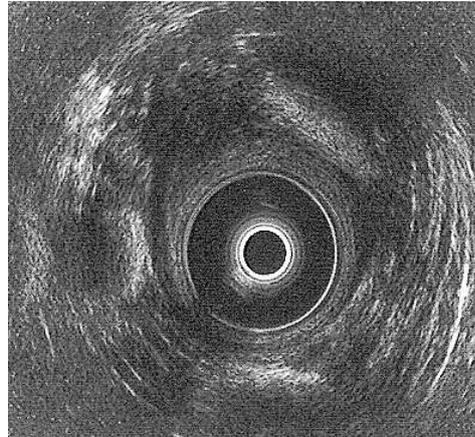
beck-analhygiene@aon.at www.haemorrhoidenberatung.com



Sphinkteraugmentation (Silikonimplantation) Diese Technik kann angewendet werden, wenn der Afterschließmuskel zwar noch erhalten ist, aber seine Schließfunktion durch Voroperationen durch Defekte beeinträchtigt ist. In der Regel wird an 3 verschiedenen Stellen um den Analkanal herum ein Silikonigel gespritzt. Dies geschieht ambulant und in örtlicher Betäubung. Man kann dann im Ultraschall sehr schön diese Polster erkennen.



Die Technik schematisch



Die Silikonpolster im Ultraschallbild

Künstlicher Darmausgang (Stoma-Anlage) Die letzte Alternative ist die Anlage eines künstlichen Darmausgangs. Der künstliche Darmausgang wird dann angelegt, wenn alle anderen Verfahren bzw. Therapiemöglichkeiten nicht zum Erfolg geführt haben. Der künstliche Darmausgang ist heute so weit perfektioniert, daß diese Therapieoption eine durchaus akzeptable Lösung darstellen kann. Schlimme Angst muß man als Patient nicht mehr haben (Eher nehme ich mir das Leben).

Die Platzierung wird dort vorgenommen, wo die Pflege für den Patienten am einfachsten ist und wo auch die Kleidung den Darmausgang berücksichtigt, die Stuhlentleerung nicht behindert und äußerliche Sichtbarkeit vermeidet. Es gibt heute Möglichkeiten, womit das Tragen des Entleerungsbeutels zeitlich eingeschränkt werden kann, auch sind die Beutel gut auf der Haut verträglich und können entsprechend angepaßt werden. Es gibt Filter, die Luft und Gerüche resorbieren.



Fachpraxis für Enddarmkrankungen

Dr. med. Joachim Beck Facharzt für Chirurgie

Belegarzt Klinik St. Georg Goldach (CH)

Belegarzt Sanatorium Mehrerau (A)

Klinik St. Georg Klosterstr.19 CH-9403 Goldach Tel +41 71 844 04 04

Ärztehaus Schillerstr. 12 A-6890 Lustenau Tel +43 5577 89888

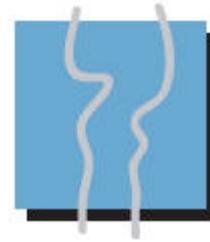
Ambergpark Reichsstr. 126 A-6800 Feldkirch Tel +43 5522 82109

Mobil +43(0) 676 3531914

dr.beck@klinikstgeorg.ch

beck-analhygiene@aon.at

www.haemorrhoidenberatung.com



Bei welchen Formen der Stuhlinkontinenz werden die verschiedenen Verfahren angewendet?

Die **Schließmuskelnaht** wird vor allem nach Geburtsverletzungen des Schließmuskelapparates, aber auch nach anderen Verletzungen mit Erfolg angewendet. Voraussetzung für den Erfolg ist ein funktionierendes Beckenbodennervensystem.

Die **Dynamische Gracilisplastik** hat bei der selten angeborenen Stuhlinkontinenz oder nach schweren Verletzungen heute noch ihre Bedeutung

Die Erfolgsrate für die **Sphinkteraugmentation mit Silikon** beträgt gemäss den noch spärlichen Literaturberichten um die 90%. Die Anwendung erfolgt v.a. bei leichten Formen der Stuhlinkontinenz mit Deformierung des Schließmuskelkanals (Schlüssellochdeformität).

Der **künstliche Schliessmuskel (Artificial Sphincter)** wird angesichts der hohen Komplikationsrate nur sehr zurückhaltend eingesetzt. Ein neues System, das mit geringeren technischen Mängeln ausgestattet ist, kommt zunehmend in den Einsatz.

Die Anwendung der **sakralen Nervenstimulation(SNS)** hat für die meisten Patienten nicht nur eine klare Abnahme der Inkontinenzbeschwerden gebracht, sondern auch eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.

Die sakrale Nervenstimulation wirkt bei 75 – 80% der Patienten während der Testphase. Ist der Test positiv, so ist mit einer langzeitigen Erfolgsrate von über 90% zu rechnen. Da es sich um ein minimal-invasives Verfahren handelt, ist die Komplikationsrate gering (10%). Gefürchtet ist die Infektion entlang der Elektrode oder am implantierten Neurostimulator. Dies führt zwar zu keiner Schädigung des Patienten, jedoch muss das System wegen des Infektes entfernt werden und kann erst nach Abheilen der Wunde 2 bis 3 Monate später wieder implantiert werden.