Anale Inkontinenz (1)

Das letzte Tabuthema?

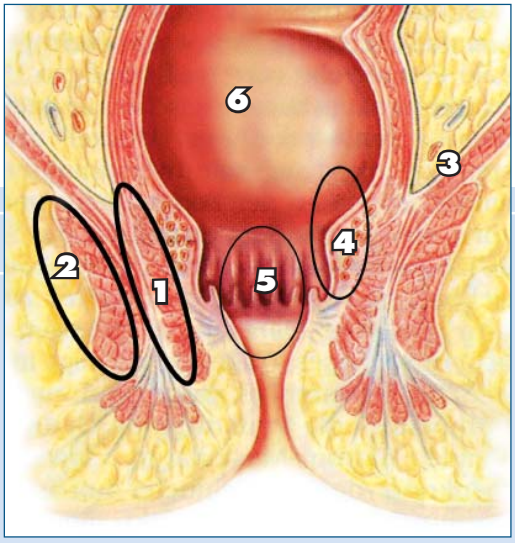
Dorothea Geile

Es müssen in der Regel mehrere Defizite zusammenkommen, um eine manifeste Inkontinenz auszulösen.

Freiwillig spricht niemand über ein so heikles Thema wie den Verlust von Darminhalt – weder der Patient (aus naheliegenden Gründen der Scham) noch der Arzt (wohl eher aus Hilflosigkeit). Dabei lohnt es sich durchaus, eine anale Inkontinenz aufzudecken. Zum einen, weil sich die therapeutischen Möglichkeiten verbessert haben, zum anderen, weil in volkswirtschaftlicher Hinsicht große Summen gespart werden könnten, wenn rechtzeitig und gezielt behandelt würde.

Kontinenz ist die Fähigkeit, Darminhalt zu speichern, nach seiner Konsistenz zu unterscheiden und den Zeitpunkt der Entleerung zu bestimmen. An dieser Fähigkeit wirken nicht nur der Dickdarm und die Strukturen des Afters mit, sondern das somatische und das vegetative Nervensystem sowie der psychische Zustand des Menschen. Die Kontinenzfunktion ist multifaktoriell angelegt - es müssen in der Regel mehrere Defizite zusammenkommen, um eine manifeste Inkontinenz auszulösen. So wird z. B. eine schmale Narbe in der Schließmuskulatur bei den jüngeren Frauen nach Geburtstrauma noch keine Inkontinenz verursachen. Im höheren Lebensalter kann durch die Degeneration des Gewebes aber eine Dekompensation auftreten.

Kontinenz: ein multifaktorieller Prozeß. Die unmittelbar an dem Erhalt der Kontinenz beteiligten Strukturen sind Tabelle 1 zu entnehmen. Hin-



An der Ruhekontinenz beteiligte Strukturen

1. M. sphinkter ani internus (60 %)
2. M. sphinkter ani externus (25 %)
3. M. Levator-Puborektalisschleife
4. Hämorrhoidalplexus (15 %)
5. Anoderm
6. Erhaltene Speicherfähigkeit des Rektosigmoids

TABELLE 1

Abb. 1: Ein solcher plastisch verformbarer After ist ein Hinweis auf eine Internusschädigung.

zu kommen intakte Kolonfunktion und nervale Versorgung. So ist auch die Aufrechterhaltung des Ruhedrucks multifaktoriell bedingt, wobei der Plexus hämorrhoidalis als hydraulisches Polster den Feinverschluß des elastischen längs gefalteten Rohres bedingt – ein wichtiger Erklärungspunkt für den Patienten, der in der Regel Hämorrhoiden als etwas Krankhaftes betrachtet.

Hauptursache der analen Inkontinenz sind bei über 60 % der betroffenen Patienten degenerative Veränderungen der beteiligten Strukturen (Nerven, Muskeln). Das ist wichtig zu wissen für den Hausarzt. Denn diese Veränderungen können aussichtsreich konservativ therapiert werden. Des weiteren sind zu jeweils etwa 10 % neurologische Erkrankungen, iatrogene Schädigungen nach operativen Eingriffen und gastroenterologische Erkrankungen die Auslöser für eine Stuhlinkontinenz.

„Verluste" ansprechen! Die Diagnose „anale Inkontinenz" wird durch die Anamnese gestellt, ergänzend dann durch die klinisch-proktologische Untersuchung mit ihren weiteren vier Schritten. Art, Ausmaß und Beteiligung aller Faktoren werden durch die Zusatzuntersuchungen geklärt (Tabelle 2).

Wie aber kommt der erstuntersuchende Arzt überhaupt zur Befragung in diese Richtung? Nur ein ganz kleiner Anteil der Betroffenen rückt von sich aus mit der Sprache heraus, die meisten müssen mehrfach auf „Verluste" - in welcher Form auch immer - angesprochen werden. Selbst in der proktologischen Spezialpraxis und als weiblicher Arzt bei weiblichen Patienten muß man oft mehrfach auch nach unterschwelligen Symptomen fahnden, die blitzschnell versteckte Vorlage bemerken oder aus der eher genannten „Blasenschwäche" weitere Fragen ableiten.

Hauptursache der analen Inkontinenz sind bei über 60 % der betroffenen Patienten degenerative Veränderungen der beteiligten Strukturen.

Krankheitsvorgeschichte (Diabetes, neurologische Erkrankungen, Geburten, Operationen, Medikamenteneinnahme, Ernährungsweise, Trinkgewohnheiten, familiäre Belastung für Kolonerkrankungen, psychische Erkrankungen oder Belastungen etc.) sind wichtige Punkte der Patientenbefragung. Man sollte zudem nicht nur nach Verlusten von Stuhl

Diagnostik bei analer Inkontinenz

- proktologische Basisdiagnostik
  - Anamnese
  - Inspektion
  - digitale Untersuchung
  - Endoskopien
- endoanale Sonographie
- Manometrie
- Kontraktionsmessung Oberflächen-EMG
- neurophysiologische Untersuchungen

TABELLE 2

Abb. 2: Analprolaps

(Grad 3), Flüssigkeit (Grad 2) und Luft (Grad 1) fragen, sondern auch nach möglichen Frühsymptomen einer Stuhlinkontinenz. Dazu gehören:

- Juckreiz (nachts / tagsüber)
- Wundheit
- Nachschmutzen nach dem Stuhlgang
- Nässen
- Wäscheverschmutzung
- Tragen von Vorlagen
- imperatorischer Stuhldrang (wieviel Zeit bleibt, um eine Toilette zu erreichen?)
- Änderung der Lebensgewohnheiten.

Oft gehen diese „unterschwelligen" Symptome einer manifesten Inkontinenz lange voraus.

Oft gehen unterschwellige Symptome wie Juckreiz, Wundheit und Stuhlschmieren nach Entleerung einer manifesten Inkontinenz voraus.

Es folgen die proktologische Untersuchung mit ihren vier Stufen sowie, wenn notwendig, Zusatzuntersuchungen, die weiteren Aufschluß über pathophysiologische Mechanismen und über das Ausmaß der Inkontinenz und die beteiligten Strukturen bringen (Tabelle 2).

Bei der Inspektion ist der Zustand der analen Haut bereits ein Hinweis auf Undichtigkeiten. Chronisches Ekzem, Mazeration und Erosionen (Abb. 4) sind Zeichen der ständigen Feuchtigkeitseinwirkung. Der in Ruhe klaffende After ist pathognomonisch für ein Defizit des M. sphinkter ani internus oder für gravierende Verletzungen. Prolapsstrukturen (Abb. 2 und 3) lassen sich unter Druck erkennen, ebenso Deszensusveränderungen des gesamten Beckenbodens.

Die schamhaft zur Seite geraffte Vorlage beim Plazieren zur Untersuchung ist ein Hinweis, besonders bei Verschmutzung – dabei ist es extrem wichtig, das Genierende der Situation abzubauen und dem Patienten klar zu machen, daß er/sie nicht die leiseste Schuld an der Verunreinigung auch der Wäsche trägt.

Eine Untersuchung nach forciertem Pressen und in Hockhaltung kann entscheidend für die Diagnostik eines Rektumprolaps (Abb. 3) sein, den man in der Regel im Liegen nicht sieht.

Die Digitale Untersuchung. kann dem Erfahrenen bereits Auskünfte über die beteiligten Faktoren geben: ein plastisch verformbarer After ist ein Hinweis auf eine Internusschädigung (Abb. 5). Die Kontraktionsfähigkeit von M. sphinkter ani externus und der Levatorschlinge sind prüfbar in Bezug auf Qualität und Stärke.

Oft ist bei älteren Patienten bzw. Patienten mit Nervenschädigung die isolierte Kontraktion nicht möglich, es werden kompensatorisch Gesäß, Bauch und Oberschenkel maximal angespannt und auf dem tastenden Finger rührt sich gar nichts. Infiltrationen sind fühlbar ebenso wie Ausbuchtungen zur Scheide (Rektozele), von proximal nachdrängende Strukturen (Prolaps) und Deszensuserscheinungen.

Die Sensibilität peri- und intraanal kann geprüft werden, erst durch Berührung mit dem Finger, dann mit feinster Hautnadel, ebenso das Reflexverhalten bei der Berührung (Anokutanreflex) und als Hustenreflex.

Endoskopische Untersuchungen zeigen alle die Kontinenz beeinträchtigenden Krankheitsbilder des

Abb. 3: Rektumprolaps

Abb. 4: Erosionen im Analbereich können Ausdruck einer Stuhlinkontinenz sein.

Afters und des Dickdarms. Neben Neubildungen fördern auch Wandentzündungen des Rektums und des Rektosigmoids die Inkontinenz durch Diarrhoe und/oder mangelnde Speicherfähigkeit des Enddarms. Das gilt oft auch für das Neorektum nach resezierenden Eingriffen tief im Anorektum. In der Praxis des Allgemeinarztes gehört zumindest die Rektoskopie zur proktologischen Untersuchung – das starre Instrument hat hier unbedingt noch seinen Platz (siehe dazu auch Beitrag Seite 31)

Die totale Koloskopie ist abgesehen von den üblichen Indikationen bei einer neu aufgetretenen Inkontinenz (d. h. innerhalb der letzten zwei Jahre) im Alter über 55 Jahre indiziert, da sowohl Tumore des Sigma als auch des Coecum beeinträchtigend wirken können. Nicht selten ist außerdem eine Divertikulitis mit Wandveränderungen die Ursache für mangelnde Speicherfähigkeit.

Zusatzuntersuchungen liefern bei 85 % der Patienten Aussagen über die Ätiologie der Erkrankung. Als wichtig für die Hausarztpraxis sind die anale (mit vaginaler) Sonographie anzusehen sowie in bestimmten Fällen die neurologische Untersuchung mit Sphinkter-EMG.

Die *Sonographie* ist das Diagnostikum der Wahl bei Verdacht auf Sphinkterläsionen, welcher Art auch immer, sowie bei tumorösen oder entzündlichen Infiltrationen. Da sich in der Regel die Anschaffung eines besonderen Schallkopfes nicht rechnet, sollte die Zusammenarbeit mit einer größeren Klinik – evtl. Urogynäkologie oder Anal-und Rektumchirurgie - gesucht werden.

Das gilt noch mehr für die *elektromyographischen Untersuchungen*, die eine aufwendige Apparatur und Spezialerfahrung erfordern, wie sie Neurologen vorbehalten sind. Die Untersuchung ist für die Patienten etwas unangenehm durch den Stich der Nadelelektrode, gibt aber genauen Aufschluß über Art und Ausmaß sowie Aktualität eines möglichen Denervierungsprozesses und damit auch Hinweise auf die Prognose etwaiger therapeutischer Maßnahmen. Deren Erfolg ist direkt abhängig vom Grad der Nervenschädigung.

Die anale *Manometrie* dient zur Objektivierung von Funktionsdefiziten und zur Verlaufskontrolle therapeutischer Maßnahmen. Sie ist zur Diagnosestellung in der Hausarztpraxis nicht notwendig, da sie keinen Aufschluß über die Ätiologie der Inkontinenz gibt. Die exakte Durchführung ist apparativ und zeitlich aufwendig, jede Meßanlage muß ihre eigenen Normwerte bestimmen und die Messung des analen Ruhedruckes ist außerordentlich störanfällig, da der Patient bei jeder Berührung aktiv reagiert. Inwieweit tatsächlich mit der Druckmessung der Effekt therapeutischer Maßnahmen beurteilt werden kann, bleibt auch in der Literatur umstritten, da subjektive Symptomatik und objektiver Meßbefund in vielen Studien nicht konform gehen. ■

Zusatzuntersuchungen liefern bei 85 % der Patienten Aussagen über die Ätiologie der Erkrankung.

Dr. med. Dorothea Geile
Ärztin für Chirurgie/Proktologie
81679 München

Therapie der analen Inkontinenz

Der zweite Teil des Beitrags zur analen Inkontinenz, der in unserer nächsten Ausgabe (Der Allgemeinarzt 13) erscheinen wird, behandelt die konservativen Therapiemöglichkeiten, die bei 80 – 90 % der Patienten indiziert sind. Dazu gehören u. a. Ernährungsberatung, medikamentöse Therapie, Krankengymnastik, Biofeedback und Elektrostimulation.