

Schließmuskelschwäche : Was ist das ? Was kann man tun ?

Eines der letzten Tabuthemen in unserer Gesellschaft ist das der **Inkontinenz** – Halteschwäche für Stuhl oder / und Urin. Niemand wird über ein solches Leiden offen sprechen – ganz im Gegensatz zu abendfüllenden Unterhaltungen über kranke Hüften , Herzinfarkte u.ä .Die Inkontinenz ist die „ Looser-Krankheit „ , taucht weder in der Kunst noch in der Pornografie auf – extrem selten in der Literatur , in der sie eben als Kennzeichen des Verlierers dient.

Dabei muß davon ausgegangen werden , daß bis zu 40 % der alten und sehr alten Patienten damit zu tun haben, wie in Studien mit 25.000 Pat. und mehr in USA und Japan geschildert. Der wichtigste ursächliche Faktor ist die Degeneration bzw. Alterung von Binde- und Stützgewebe , Muskeln und Nerven .Da die Menschen insgesamt immer älter werden stellt diese Veränderung einen wichtigen Faktor bei den Gesundheitskosten dar – ein stuhlinkontinenter Patient verbraucht in 20 Jahren für mindestens 30.000 Euro Vorlagen.

Diagnostik:

Um helfen zu können muß die Ursache der Schädigung klar sein. Es handelt sich immer um mehrere Gründe – einer allein kann glücklicherweise noch keine Inkontinenz hervorrufen – außer bei der kompletten Muskeldurchtrennung durch Geburt oder Operation.

Die **genaue Befragung des Patienten** sowie das Ausfüllen genormter Fragebogen – sog. Scores – liefern bereits die Diagnose. **Art und Ausmaß der Schädigung** wird durch Zusatzuntersuchungen geklärt.

So messen wir mit einem **elektronischen Druckaufnehmer (Mikrotip)** den Verschußdruck des Afters in Ruhe und beim Kneifen. Der Unterschied beider Drucke sollte mindestens 50 mmHg betragen. Maßeinheit sind mm Quecksilbersäule- wie beim Blutdruckmessen . Es handelt sich um eine bindfadendünne Sonde , die etwas 8-10 cm weit in den After eingeführt wird. Die Messung gibt Aufschluß über die Schwere der Schließmuskelschwäche und dient als Verlaufskontrolle der Therapie. Auch vor der Rückverlegung eines Anus praeter nach Enddarmoperationen ist es günstig , den Zustand der Aftermuskulatur zu prüfen.

Normwerte bei unserer Anlage sind ca. 50 mmHg in Ruhe und ca. 120 mmHg beim Kneifen.

Mit dem **Oberflächen-Elektromyogramm** können wir die Fähigkeit und die Stärke des Kneifens messen und objektivieren. Jeder Muskel sendet feine elektrische Impulse beim Zusammenziehen aus. Diese Impulse werden über eine fingerdicke Sonde im After aufgefangen und in sichtbare elektrische Signale umgewandelt , diese können als Kurve aufgezeichnet werden. Maßeinheit ist die Spannung in μVolt , Normwerte bei uns liegen zwischen 15 und 20 μVolt .

Therapie :

Wichtigste Bestandteile der konservativen Therapie – und diese kommt bei 90 % aller Patienten zur Anwendung – sind:

Hautpflege .

Eine durch ständige Benetzung schwer geschädigte Haut hat keinerlei Gefühlsempfindung mehr – außer Schmerz – und verstärkt damit ganz besonders das unwillkürliche Austreten von Stuhl – ein Teufelskreis! Gute Pflege mit Umschlägen, Zinkpastenabdeckung , Vorlagen mit häufigem Wechsel , lauwarmen Sitzbädern etc. kann Wunder wirken.

Stuhlregulierung .

Die Eindickung flüssiger Stühle erhöht die Haltefähigkeit . Dazu gehört die Vermeidung von Reizstoffen, die Aufnahme von Wasser im Dickdarm durch Quellmittel (z. B. Mucofalk® Flosa® o. Ä. , Weizenkleie ist geeignet , macht aber mehr Blähungen). Hilfreich ist Imodium® als Medikament , das sowohl die Darmbewegung lähmt als auch den Ruhedruck des Schließmuskels verbessert.

Training .

Jeder kennt die Situation , wenn man ganz nötig „ muß „ , aber nicht gehen kann- man kneift alles zusammen was man hat : Bauch , Gesäß , Oberschenkel und vielleicht auch den Beckenboden und den Schließmuskel. Nur die letzten zwei Muskelgruppen helfen – die anderen sind im Verschlussmechanismus weitgehend unwirksam .Um zu prüfen , womit der Patient wirklich zwickt , bedienen wir uns der bereits genannten diagnostischen Methoden , in unserer Klinik des Oberflächen-EMGs. So können wir über die Rückmeldung in Form von Signalen dem Patienten zeigen , welchen Muskel er wie stark benutzt und trainiert- sog. **Biofeedback**. Die Sonde nimmt nur die Signale aus Beckenboden – und Schließmuskel auf. Nach Einweisung durch die Therapeutin bekommt der Patient ein Leihgerät für zu Hause und übt fleißig weiter- mindestens 6 Monate, manchmal auch mehr. Alle 3 Monate werden die Meßwerte kontrolliert - auch zur Ermutigung des Patienten durch sichtbare Erfolge.#

Elektrostimulation .

Wenn der Nerv , der die Schließmuskeln versorgt , vollständig zerstört ist kann man den Muskel direkt reizen durch feine elektrische Impulse , die sich wie ein feines Kitzeln oder Kribbeln anfühlen. Da jeder Muskel , der nicht angeregt wird , schwindet würde sich die Schwäche durch Ruhe immer weiter verstärken. Man kann aber passiv trainieren und die Muskelmasse erhalten – was allerdings dann lebenslang geschehen muß. Das Vorgehen ist das gleiche wie beim Biofeedback- der Patient lernt das Umgehen mit dem kleinen Computer und der Sonde bei einer Therapeutin und trainiert dann allein zu Hause weiter.

Dr. med Dorothea Geile

089 92794 503

Dr-Geile@t-online.de

Proktologisches Institut München Ost
In der Chirurgischen Privatklinik Bogenhausen
Denninger Strasse 44
81679 München

Bei ca. 60-70 % der Patienten kann eine vollständige Wiederherstellung der Kontinenz bzw. eine deutliche Verbesserung erreicht werden – auch über längere Zeit .Da die meisten Menschen gar nicht wissen , daß man etwas tun kann – und da die meisten nur auf mehrfaches Befragen über diese Störung sprechen – da aber andererseits die gesamte Lebensqualität durch diese Funktion bestimmt wird haben wir uns diesem Problem und seinen Lösungen verschrieben – mit gutem Erfolg , wenn sich der Patient erst einmal entschlossen hat , etwas zu unternehmen.