



Stuhlinkontinenz – Schweregrade

Die Schwere der Erkrankung reicht von leichten Problemen bei Winden bis hin zu einer schweren Haltschwäche für flüssigen oder geformten Stuhl.

Grad I: leichte Form

- Unkontrollierter Abgang von Winden
- Leichte Verschmutzung der Wäsche

Grad II: mittlere Form

- Unkontrollierter Abgang von breiigem Stuhl
- Unkontrollierter Abgang von Winden

Grad III: schwere Form

- Stuhl und Winde gehen vollständig unkontrolliert ab

Der richtige Ansprechpartner bei diesen Problemen ist der Proktologe bzw. Koloproktologe. Die Proktologie (griechisch) ist ein Spezialfach, welches die Krankheiten des Enddarmes und des Afteres sowie deren Behandlung einschließt.



Tagesklinik für
integrative Medizin

Darmklinik Exter GmbH
Detmolder Straße 264
32602 Vlotho-Exter

Fon: 05228 9494-0

www.darmklinik.de
info@darmklinik.de



Tagesklinik für
integrative Medizin

Stuhl- inkontinenz



Was ist Stuhlinkontinenz?

Unter Stuhlinkontinenz versteht man den unkontrollierten Abgang von festem oder flüssigem Stuhl. Diese Erkrankung gilt noch immer als großes Tabuthema, obwohl ca. 3 bis 5 Prozent der Gesamtbevölkerung davon betroffen sind.

Frauen sind häufiger von Stuhlinkontinenz betroffen als Männer. Dies hängt vor allem mit der Anatomie und auch mit Geburten zusammen. Stuhlinkontinenz ist aber ebenfalls eine Erkrankung des älteren Menschen, da mit nachlassender Kraft des Beckenbodens eine Schwächung des Schließmuskels eintreten kann.

Eine individuelle Veranlagung, aber ebenso Erkrankungen des Enddarmes bzw. des Darmes sowie Übergewicht fördern die Entwicklung einer Stuhlinkontinenz.

Welche Ursachen der Stuhlinkontinenz gibt es?

Für eine Stuhlinkontinenz können viele Faktoren auslösend sein. Nicht selten sind kombinierte Ursachen verantwortlich.

Häufigste Ursachen der Stuhlinkontinenz:

- Verletzungen im Rahmen von Entbindungen
- Schließmuskelverletzungen
- Beckenbodenschwäche
- Infektionen (Durchfall) und chronisch entzündliche Erkrankungen des Darmes oder der Analregion
- Mit dem Alter nachlassende Muskelkraft
- Mastdarmvorfall (Rektumprolaps), Abszesse, Fisteln, Fissuren
- Neurologische Störungen und Erkrankungen
- Tumore und Krebserkrankungen

Welche Diagnostik ist erforderlich?

Die Diagnostik der Stuhlinkontinenz beginnt mit einer ausführlichen Befragung (Anamnese) des Betroffenen durch den Arzt. Zur Basisdiagnostik gehört neben der Sichtung (Inspektion) auch die Austastung mit dem Finger (Palpation). Zur weiteren Diagnostik werden folgende Untersuchungen vorgenommen:

- Spiegelung des Enddarmes und des Afterkanals (Rektoskopie und Proktoskopie)
 - Anale Endosonographie (Ultraschall, um eine Darstellung der Schließmuskeln zu erhalten)
 - Druckmessung im Afterkanal (Manometrie)
- Evtl. ist eine Ergänzungsdiagnostik notwendig:
- CT
 - Dynamisches MRT
 - Konsiliaruntersuchung (Urologe, Gynäkologe, Neurologe)
 - Koloskopie

„An Stuhlinkontinenz stirbt man nicht, aber sie nimmt dem Patienten die Lebensfreude.“

Was kann Ihnen therapeutisch geboten werden?

Bei 70 bis 80 Prozent der betroffenen Patienten lassen sich mit konservativen, also nicht operativen Therapiemethoden, wie Verfestigung oder Verdünnung des Stuhls, Schließmuskeltraining (Biofeedback-Training), Beckenbodentraining, Medikamenten oder Darmspülungen ausreichende Behandlungsergebnisse erzielen.

Ein in der Therapie der Stuhlinkontinenz etabliertes Verfahren ist das Biofeedback-Training, bei dem die willkürliche Beeinflussung des Schließmuskels trainiert wird. Dazu wird am Patienten die über einen analen Sensor gemessene Kontraktionskraft des Schließmuskels mittels optischen oder akustischen Signals rückgemeldet.

Ein weiteres Training ist die aktive Stimulationsbehandlung des Schließmuskels mit so genannten Schwellstromgeräten. Dabei wird durch schwache Ströme die Muskulatur direkt stimuliert und damit der Schließmuskel – und auch der Beckenboden – gekräftigt. Im Weiteren wird diese Stimulation mit aktiven Anspannungsübungen kombiniert. Die Dauerbehandlung ist dabei wichtig, damit die Muskelkräftigung nicht wieder verloren geht. Ein Trainingserfolg lässt sich nach frühestens 4 Monaten feststellen und messen.

Erst wenn konservative Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg zeigen, kommen evtl. operative Therapien zur Anwendung:

- Sakralnervenstimulation
- Schließmuskelrekonstruktion
- Schließmuskelerersatzverfahren

Je nach Krankheitssituation wird für jeden Betroffenen eine individuelle Behandlungstherapie entwickelt.