

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Basisdiagnostik bei

Stuhlinkontinenz

Wunderlich M

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 12-14

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



M. Wunderlich

BASISDIAGNOSTIK BEI STUHLINKONTINENZ

Die erste Begegnung mit von Stuhlinkontinenz (= faekale Inkontinenz, FI) betroffenen Patienten beinhaltet Anamnese und klinische Untersuchung als Basisdiagnostik. Wird sie vom Facharzt durchgeführt, so kann sie unmittelbar durch Rektoskopie, eventuell Proktoskopie, ergänzt werden. Diesem Untersuchungsgang folgt die vorzugsweise mit Skizzen unterstützte Darstellung des Therapieplans sowie die Terminvereinbarung für eine apparative Diagnostik, welche die Ursachen der FI weiter abklärt und die Indikation für fakultative operative Maßnahmen (zumeist Schließmuskelrekonstruktionen oder Korrekturen eines vollständigen Rektumprolaps) untermauert.

Voraussetzung für die minutiöse Anwendung aller Phasen der Basisdiagnostik sind motivierte und kooperative Patienten. In den zunehmenden Fällen von Betroffenen, die aufgrund ihres Alters und der begleitenden Störungen von Einsicht, Verständnis, Orientierungsvermögen und Mobilität für konservative und operative Therapiemaßnahmen wenig bis nicht geeignet sind, genügt eine cursorische Diagnostik, welche wesentliche und immer operativ zu korrigierende Ursachen der FI ausschließt bzw. feststellt: das stenosierende Rektumkarzinom, den Rektumprolaps, die rektovaginale Fistel (wenn nicht irradiationsbedingt).

ANAMNESE

Das Zwiegespräch über ein tabuisiertes, vom Betroffenen als beschämend empfundenen Leiden, benötigt ein **Ambiente höchster Diskretion**. Dieses ist einfach zu kreieren: Erhebung der Anamnese unter vier Augen, wobei die Gesprächspartner einander gegenüber sitzen und die/der Betroffene nicht etwa schon entblößt auf der Untersuchungsliege verharrt, um aus dieser prinzipiell als unwürdig erlebten Position Fragen zu beantworten, welche peinlichste Symptome ihrer/seiner Intimsphäre explorieren. Keine Unterbrechung durch Telefonanrufe oder abrupt geöffnete Türen von Ambulanzraum oder Sprechzimmer der Ordination.

Schon das erste Gespräch muß perfekte **Professionalität** widerspiegeln und ist daher von erfahrenen, mit allen Aspek-

ten der FI vertrauten Fachkräften zu führen (einschlägig geschulte Ärzte, insbesondere Chirurgen mit der Subspezialisierung Koloproktologie; Pflegedienst und Physiotherapeutinnen mit absolvierter Sonderausbildung für Kontinenz- und Stomaberatung).

Eine vertrauensbildende Einleitung des Gesprächs wird oft durch die einfache Aufforderung erzielt: „Sagen Sie mir bitte: Bis wann war die Welt für Sie in Ordnung?“ Dieser Satz vermittelt Betroffenen das sichere Gefühl, daß ihr Problem als eines ernst genommen wird, welches ihr ganzes Leben grundlegend verändert, wenn nicht erschüttert hat.

Berücksichtigt man die verständliche Tendenz vieler Patienten, das Ausmaß ihrer FI, ja die Tatsache des vermeintlichen Makels überhaupt zu dissimulieren, empfiehlt es sich, die Problematik so direkt wie möglich anzusprechen. Die Frage nach dem auslösenden Moment der FI gibt brauchbare Hinweise zur Ursache.

Die zahlreichen Patientinnen (etwa 90 % der Betroffenen sind Frauen), bei denen sich die FI aufgrund einer Beckenbodenschwäche, oft assoziiert mit peripartalen Sphinkterläsionen, oder im Anschluß an jahrzehntelange Obstipation mit Preßanstrengungen zur Defäkation, völlig spontan und **allmählich im Laufe von Jahren entwickelt** bzw. verschlechtert hat, sind anfänglich geradezu irreführend zurückhaltend mit ihren Angaben. Meist sprechen sie nur von der Unannehmlichkeit häufiger Diarrhoen, von der Notwendigkeit, sich bei Stuhl drang im Laufschrift in Richtung Toilette beeilen zu müssen und vor ihrer Angst, „daß einmal etwas passieren könnte ...“, wenn sie sich zu weit von Wohnstätte oder vertrauten Toilettemöglichkeiten bewegen. Besteht auch ein Rektumprolaps, so wird dieser allerdings nicht verschwiegen.

Professionelle **Schlüsselfragen** fahnden nach dem Tragen von Slip-Einlagen oder Windeln sowie nach substantiellen Änderungen von Gewohnheiten des täglichen und des gesellschaftlichen Lebens: Besorgungen werden auf den späten Vormittag verschoben, nachdem eine genügende Zahl von Darmentleerungen im eigenen Heim die Sicherheit gibt, daß der Einkaufsgang wohl von massiven

Inkontinenzepisoden unbeeinträchtigt bleiben wird; Besuche von Theatervorstellungen etc. werden gemieden.

Während solcher anamnestischer Auslotung aller Facetten des noch verborgenen Leidens „Stuhlinkontinenz“ erkennen Patienten instinktiv die Empathie des erfahrenen Gesprächspartners. Nun genügt schon der deutlich formulierte Hinweis, daß „Inkontinenzepisoden, auch massive, einfach schon stattgefunden haben müssen“. Die Zurückhaltung der Betroffenen weicht dann oft schlagartig, manchmal unter Tränen der Erleichterung, einem Schwall detailreicher Mitteilungen, welche das gesamte individuelle Ausmaß der FI und des mit ihr verbundenen Leidensdrucks offenbaren.

Wesentlich einfacher ist die Exploration jener wenigen Patienten, die den Beginn ihrer FI eindeutig einem **„traumatisierenden“ Ereignis** zuordnen können, wie anorektalen Operationen (bei Fistel, Fissur, Haemorrhoiden, tief sitzendem Rektumkarzinom) und insuffizient geheilte Naht nach Dammriß mit Sphinkterbeteiligung. In diesen Fällen steht nicht die Scham im Vordergrund, sondern Unmut oder Enttäuschung aufgrund des Ergebnisses einer chirurgischen Intervention. Die hilfeschuchende Mitteilung erfolgt nur allzu bald, spontan und lückenlos.

Das **Ausmaß der FI** reicht von sporadischen, geringfügigen, stuhlfarbenen Spuren in der Unterwäsche bis zu dramatischen und als blamabel erlebten Ereignissen von reichlichem Stuhlverlust. Das Stuhlschmierer wird je nach individueller Penibilität der Betroffenen ignoriert, als gelegentliche Unpäßlichkeit hingegenommen oder geht mit einer beträchtlichen psychischen Mißempfindung einher. Massive Inkontinenzepisoden sind naturgemäß bei flüssiger Stuhlkonsistenz unangenehmer als bei fester. Aus diesem Grund ist die simple Einteilung der FI in Grade (I – für Winde, II – für flüssigen Stuhl, III – für festen Stuhl) ungeeignet zur objektiven Beurteilung des Ausmaßes. Eine realistischere und subtilere numerische Charakterisierung des Schweregrades vermittelt die Anwendung von **„Scores“**, z. B. jenem von S. Wexner, mit dem mehrere Parameter (Konsistenz des verlorenen Darminhalts, Häufigkeit, Notwendigkeit des Tragens von Einlagen, soziale Einschränkung)

tabellarisch korreliert werden [1]. Dieses Score-Blatt kann am Ende des Erstgesprächs ausgefüllt werden und erlaubt eine zukünftige objektive Beurteilung des Therapieeffekts (Tabelle 1).

Nach Etablierung der Tatsache und des Schweregrades der FI werden **ergänzende Fragen** gestellt nach früheren ano- und kolorektalen Eingriffen, nach Änderungen der Stuhlgewohnheiten, nach Harninkontinenz und gynäkologischen Operationen, nach etwaigen neurologischen Problemen, einschließlich Lumboschialgien und diabetischer Polyneuropathie. Besonderer Wert ist auf eine detaillierte Geburtenanamnese zu legen:

- „Wie viele Geburten, welche schwer – Forceps- oder Vakuum-Extraktionen?“
- „Episiotomie, Dammiß – wie versorgt, wie verheilt?“

Vervollständigt wird die spezifische Kontinenzanamnese durch Fragen, die auch für die Therapieplanung relevante Informationen über die sensible und motorische **Funktion des Kontinenzorgans** Anorektum einholen:

- „Spüren Sie einen Stuhldrang?“
- „Wie lange haben Sie dann Zeit, um die Toilette rechtzeitig zu erreichen?“ (Warnungsperiode – anzugeben in Sekunden bis Minuten, unter Berücksichtigung eventueller Gehbeeinträchtigungen)
- „Spüren Sie den Stuhlverlust unmittelbar oder bemerken Sie ihn erst aufgrund der Wäscheverschmutzung?“
- „Haben Sie den Eindruck, daß Sie Ihren Schließmuskel willkürlich kontrahieren können?“
- „Wenn ja – ist dies effektiv, und bei welcher Stuhlkonsistenz?“

KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Selbstverständlich ist diese unter Respektierung der Intimsphäre durchzuführen, am besten begleitet von verständlichen Erläuterungen jeder Manipulation.

Die Untersuchung beginnt in Rückenlage – noch ohne Entblößung der analen und genitalen Region – mit der Palpation des Abdomens, wodurch die Behutsamkeit der später zur Untersuchung der

Tabelle 1: Wexner-Score

Inkontinenztyp	Häufigkeit				
	nie	sporadisch	gelegentlich	häufig	immer
für geformten Stuhl	0	1	2	3	4
für fl./weichen Stuhl	0	1	2	3	4
für Winde	0	1	2	3	4
Einlagen erforderlich	0	1	2	3	4
Sozialleben eingeschränkt	0	1	2	3	4

Wexner-Score für Pat. Datum:

Punkte: (0 = völlig kontinent, 20 = vollständig inkontinent)

Analregion fortschreitenden Hände demonstriert wird.

In der Folge wird die Patientin / der Patient gebeten, sich in Linksseitenlage umzudrehen, mit angezogenen Beinen und auf Mitte der Oberschenkel geschobenem Slip. Beruhigende Sätze während dieses Manövers sind:

- „Keine Angst – während der nun folgenden Untersuchung kündige ich jede Handbewegung an.“
- „Ich werde mich bemühen, Ihnen nicht weh zu tun.“

Die **anale Inspektion** in Ruhe kann Befunde erkennen, die in Zusammenhang mit der FI stehen:

- Klaffende Analöffnung
- Descensus perinei als Hinweis auf Beckenbodenschwäche
- Narben als Hinweis auf Sphinkterdefekt – seltener postoperativ, meist postpartal
- In seiner Höhe reduziertes oder ausgedünnt wirkendes Perineum zwischen dorsaler Labienkommissur und ventralem Analrand als Hinweis auf vollständig defekten oder dort narbig veränderten Sphinkter ani externus – stets postpartal, bei weiblicher FI sehr häufig,
- Vollständiger Rektumprolaps (meist mehrere Zentimeter lang, mit zirkulärer Fältelung der Schleimhaut)
- Permanent prolabierte Noduli haemorrhoidales IV. Grades (mit radiärer Fältelung) als äußerst seltene alleinige Ursache einer FI
- Fehlender anokutaner Reflex bei Berührung der Perianalhaut mit einer Nadel (= fehlende Kontraktion des subkutanen M. Sphinkter ani externus – als grob-neurologisches Zeichen einer Sphinkterdenervation)

- Fistelöffnungen, durch die Stuhl austritt

Beim Pressen kann sich ein vorher verborgener Rektumprolaps manifestieren, wiewohl dieser in Linksseitenlage nicht immer provozierbar ist (die Diagnose darf auf Basis der charakteristischen Anamnese, welche den Prolaps stets unmißverständlich schildert, gestellt werden). Der Kontraktionsversuch nach entsprechender Aufforderung zeigt häufig keine Bewegung des quergestreiften Schließmuskels, wohl aber eine deutliche Kontraktion der Glutealmuskulatur als typische Reaktion bei FI.

Die **digitale Palpation** von Analkanal und unterstem Rektum beurteilt folgende funktionellen und morphologischen Parameter:

- Sphinkterdruck in Ruhe, bei willkürlicher und reflektorischer Kontraktion (Husten nach Aufforderung), wobei die Aussagekraft der „Goldfingermanometrie“ selbst bei erfahrenen Untersuchern in 30 % der Fälle nicht verlässlich ist
- Narbige Veränderungen im Bereich von Sphinkterdefekten – ventral perineal insbesondere mittels **bidigitaler Palpation** mit einem Finger im Introitus vaginae
- Stenosierendes Rektumkarzinom
- Rigide Anastomose und/oder enges „Neorektum“ nach extrem tiefer oder vollständiger Resektion mit kolo-analer Anastomose ohne pelvines Darmreservoir
- Rektovaginale Fistel

WEITERES VORGEHEN

Die Basisdiagnostik erlaubt in vielen Fällen genügend Rückschlüsse auf Ursache und Behandlungsoptionen der FI. Nichtsdestoweniger sind weitere Untersuchungen indiziert:

Die **Rektoskopie** ist unerlässlich – nicht zuletzt zum Ausschluß eines stenosierenden Karzinoms, das eine FI alleine durch den Reservoirverlust des Rektums bedingen kann. Im Wissen um die hohe Inzidenz des kolorektalen Karzinoms ist sie durch die **Koloskopie** zu ergänzen, welche bei inkontinenten Patienten der Irrigoskopie mit ihrer Wahrscheinlichkeit des Kontrastmittelverlusts überlegen ist.

Zunehmend an Bedeutung gewonnen hat die **anale Sonographie** zur Entdeckung oder Verifizierung von Sphinkterdefekten, die nahezu immer der operativen Korrektur bedürfen.

Der Wert der **Sphinktermanometrie** liegt in der Objektivierung von Verlust oder

Einschränkung der Funktion der Sphinkteren, vor allem auch zur Untermauerung einer Operationsindikation.

Während die eben genannten Untersuchungen in den Wochen nach der Basisdiagnostik terminisiert werden können, ist die **Erstellung eines Therapieplans** unmittelbar im Anschluß an die Erstuntersuchung ebenso sinnvoll, wie von hohem psychologischem Gewinn für die von FI Betroffene / den Betroffenen. Denn es ist Ausdruck einer von Humanität getragenen Arzt-Patienten-Beziehung, wenn man sich nach Abschluß der klinischen Untersuchung nochmals an den Gesprächstisch begibt – einerseits zur Resümierung und Erklärung der Befunde, andererseits zur Festlegung der ergänzenden Diagnostik und erster therapeutischer Prinzipien, deren Konzept einer fortgesetzten Tabuisierung des Themas definitiv gegensteuert. Werden morphologische Veränderungen und funktionelle Zusammenhänge mit Hilfe einfacher anatomischer Skizzen dargelegt, so reduziert dies die „Unheimlichkeit“ des bisher in seinen Ursachen nicht verstandenen Leidens und fördert die konsequente

Anwendung konservativer Behandlungsmaßnahmen, wie medikamentöse und diätetische Stuhleindickung, regelmäßige Stimulation geplanter Darmentleerungen und Beckenbodentraining [2]. Gleichzeitig wird die Akzeptanz für in Zukunft erforderliche Operationen zur Kontinenzverbesserung erhöht.

Literatur:

1. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77–97.
2. Wunderlich M. Die Stuhlinkontinenz – Abklärung und Behandlungsmöglichkeiten. Referateband der 1. Jahrestagung der Med. Ges. f. Inkontinenzhilfe Österreich 1991; 85–92.

Korrespondenzadresse:

*Prim. Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich, FRCS
Chirurgische Abteilung des KH der Barmherzigen Schwestern
A-1060 Wien, Stumpergasse 13
E-mail: wumax@aon.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)