

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Stuhlinkontinenz - Risikogruppe

"Frau" - Physiotherapie

Pulker E

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 18-19

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



STUHLINKONTINENZ – RISIKOGRUPPE „FRAU“ – PHYSIOTHERAPIE

Patientinnen, die gleichermaßen an Stuhl- und Harninkontinenz leiden, geben letztere zumeist nicht als primär störend an. Vielmehr drängen sie vorrangig auf die Beseitigung der Stuhlinkontinenz. Hieraus folgt, daß die psychische Belastung von an Stuhlinkontinenz leidenden Frauen deutlich höher ist. Dies zeigt sich auch darin, daß die Betroffenen dazu neigen, sich zurückzuziehen und spezifische Gewohnheiten wie intermittierende Nahrungskarenz und die unkontrollierte Verwendung von Antidiarrhoika auf sich nehmen. Einige bilden sogar Stuhlpsychosen aus.

VORAUSSETZUNGEN, DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Viele Betroffene suchen die Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation an den Landeskliniken Salzburg mit großer Erwartungshaltung auf, weil ihnen positive Vorinformationen hinsichtlich der konservativen Behandlungserfolge gegeben wurden. Auch wenn durch die Therapie, insbesondere durch das richtig angeleitete konsequente Trainieren, gute Erfolge erzielt werden können, ist es essentiell, *a priori* realistische Ziele und alle dafür erforderlichen Voraussetzungen und Behandlungsphasen im Detail zu besprechen. Der erste wichtige Schritt besteht darin, mit jeder Patientin die anzustrebenden Nah- und Fernziele, wie das Vermeiden von Stuhlschmierens, von massiven Inkontinenzepisoden und besseren Stuhlgewohnheiten, zu formulieren. Genaue Informationen über etwaige Voruntersuchungen (anale Manometrie, Analsonographie) erleichtern diesen ersten Therapieschritt.

Zusammen mit der Anamnese wird zur numerischen Dokumentation des Schweregrades der Inkontinenz und des Therapie-Effekts der Wexner-Score [1] erhoben (Tab. 1). Dieser dokumentiert die physische und psychische Belastungssituation von Patienten objektiv wie subjektiv.

Die Patientinnen werden außerdem instruiert, ein Stuhltagebuch zu führen, um den Therapieverlauf für sich selbst und für den behandelnden Physiotherapeuten genau verfolgen zu können. Dabei ist es wichtig, die Anzahl der Stuhlentleerungen pro Tag, die Stuhlqualität

Tabelle 1: Wexner-Score

Qualität	Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
Fest	0	1	2	3	4
Flüssig	0	1	2	3	4
Wind	0	1	2	3	4
Einlagen	0	1	2	3	4
Soziale Beeinträchtigung	0	1	2	3	4

0 = perfekt, 20 = vollständig inkontinent

(flüssig, breiig, fest) und die Inkontinenzepisoden zu vermerken. Empfindet eine Patientin den Stuhldrang (sei er normal oder bedrohlich heftig), so sollte sie zusätzlich jene Zeitspanne in Sekunden oder Minuten festhalten, welche ihr verfügbar scheint, die Entleerung aufzuschieben. Solche Aufzeichnungen tragen dazu bei, daß Patientinnen in ihrem Alltag größere Sicherheit gewinnen.

In den Landeskliniken Salzburg wird den Betroffenen auch Beratung für Diät und Kontinenzhilfsmittel angeboten. Diese Beratung begleitet die Therapie des Problems Stuhlinkontinenz mittels adäquater Ernährung und optimaler Vorlagenversorgung.

Im Interesse eines grundlegenden Verständnisses von Pathophysiologie und Therapie werden der Patientin die Anatomie der Beckenbodenmuskulatur und der Zusammenhang mit Darmfüllung und -entleerung anhand von Bildern und dreidimensionalen Beckenmodellen vermittelt. Liegen Symptome einer unvollständigen Stuhlentleerung vor, kann eine effizientere Defäkationstechnik mittels richtiger Beckenposition und manueller Unterstützung zur Entleerung einer eventuell bestehenden Rektozele erklärt werden.

Entscheidend für den weiteren Behandlungserfolg ist die Aufklärung der Patientin über die Grundlagen eines Muskelaufbautrainings und der damit verbundenen hohen Anforderungen an ihre Mitarbeit (ohne „Compliance“ kein Therapieerfolg!).

Nach der anatomischen Einführung beginnt der Therapeut damit, die Patientin mittels einer vertieften Atmung den Bauchinnenraum erspüren zu lassen; dann lernt sie, durch Betonung der Ausatmung den Synergismus des Beckenbodens wahrzunehmen. So wird die vorher theoretisch vermittelte Anatomiekenntnis „verinnerlicht“, die Becken-

bodenmuskulatur mit ihren zwei Mechanismen für den Verschluss des Analkanals (M. pubococcygeus und M. sphincter ani externus) isoliert gespannt und in der Folge bewußt entspannt. Auf diese Weise wird die Fähigkeit erworben, Muskelaktivität sowohl für Schnellkraft als auch für länger andauernde Ausdauerkontraktionen zu kontrollieren.

In dieser ersten Lernphase kann Biofeedback mittels rektal applizierter EMG-Sonde den Lernprozeß unterstützen. Auf diese Weise kann die Patientin ihre motorische Aktivität und die dabei erzielten Fortschritte visuell verfolgen. Der Therapeut kann somit besser erkennen, wo der Schwerpunkt des Muskelfasertrainings liegen soll.

Sowohl bei der Erstuntersuchung als auch vor jeder Feedbacksitzung wird die Muskelfunktion palpatorisch vom Therapeuten geprüft und nach dem modifizierten Oxford-Grading bewertet (Tab. 2) [2]. Dies dient auch der Beurteilung von Ausdauer und Schnellkraft der Beckenbodenmuskulatur als entscheidenden Qualitätsindizes neben der eigentlichen Muskelkraft.

Sehr häufig finden sich bei der Palpation aktive Triggerpunkte in den Musculi sphincter ani externus, puborectalis und coccygeus. Diese Punkte sind klinisch eindeutig identifizierbare, schmerzhafte, pathologische Veränderungen in der Skelettmuskulatur [3]. Durch Deakti-

Tabelle 2: Beurteilung der Muskelkraft des Beckenbodens nach dem modifizierten Oxford-Grading (nach Joe Laycock)

Keine Kontraktion
Leichte, kaum spürbare Kontraktion
Schwache, gut spürbare Kontraktion
Mittlere Kraft – es kommt zur Elevation des Beckenbodens
Kontraktion gegen leichten Widerstand
Kontraktion gegen kräftigen Widerstand

vierung der Triggerpunkte mittels Tiefenmassagetechnik können Funktion und Rezeption der Muskulatur verbessert werden. Dabei werden myofasziale Strukturen in ihrem Faserverlauf mehrfach digital ausgestrichen, wodurch eine Mehrdurchblutung und Detonisierung erzielt wird.

Zusätzlich kann das Gefühl der rektalen Füllung durch eine peranal applizierte Ballonsonde simuliert werden. Dadurch wird auch die adäquate Anspannung im Bereich der quergestreiften Beckenbodenmuskulatur trainiert.

Die physiotherapeutische Behandlung von Frauen mit Stuhlinkontinenz dauert insgesamt drei Monate. In dieser Zeitspanne werden 8–12 Therapiesitzungen abgehalten. Diese sind anfänglich engmaschig zu planen. Im weiteren Verlauf können sie – abhängig vom Therapieergebnis – in größeren Intervallen absolviert werden. Im dritten Monat dienen die Sitzungen vor allem der abschließenden Kontrolle.

Neben der apparativ unterstützten individuellen Arbeit mit Biofeedback, das bei sehr schwacher Muskelkraft mit Elektrostimulation kombiniert werden kann, nehmen die Patientinnen auch an Übungsgruppen für die Beckenbodenmuskulatur teil. Dabei erlernen sie, ihre Beckenbodenmuskulatur in Alltagssituationen zu aktivieren und ihre Körperhaltung zu verbessern. Ziel jeder Physiotherapie ist es, den Patientinnen nach einem dreimonatigen intensiven Muskelaufbautraining zu ermöglichen, den analen Schließmuskel im Alltag automatisch, kräftiger und mit rascherer Reaktion auf Stuhldrang zu aktivieren und damit das erreichte Trainingsergebnis auf Dauer zu bewahren.

Nach Abschluß der Therapieserie werden zuweisende bzw. weiterbehandelnde Ärzte über die Anzahl der Behandlungen und über zusätzlich eingesetzte Therapiemittel (Biofeedback, Elektrostimulation) informiert. Ebenso werden ihnen die Ergebnisse des Wexner-Scores, der palpatorischen Muskelfunktionsprüfung und der EMG-Analyse zu Therapiebeginn und -ende übermittelt. Diese Dokumentation (einschließlich der Tagebuchaufzeichnungen der Patientin) ermöglicht eine objektive Beurteilung des Behandlungsverlaufes. Auch wird dadurch eine hilfreiche Zusatzinfor-

mation für weitere diagnostische Möglichkeiten (z. B. anale Sonographie bei Verdacht auf Sphinkterdefekt) geboten, falls sich die Symptomatik der Stuhlinkontinenz nicht bessert oder sogar verschlechtert.

ERGEBNISSE

Von 2000 bis 2005 wurden 85 Patientinnen im Alter von 28–85 Jahren behandelt und 83 von diesen nachuntersucht. Im Zeitraum von 1 bis 3 Monaten wurden durchschnittlich 7 Therapiesitzungen durchgeführt. 5 Patientinnen haben die Therapie schon nach 2–3 Sitzungen abgebrochen und zählen zu jenen mit keinem oder geringem Behandlungserfolg.

Bewertet wurde nach dem Wexner-Score [1]:

- 12 % (10/83) deutliche Besserung (= 50–75 %ige Reduktion der Symptomatik)
- 40 % (33/83) Besserung (= 25–50 %ige Reduktion der Symptomatik)
- 37 % (31/83) leichte Besserung (= bis 25 %ige Reduktion der Symptomatik)
- 11 % (9/83) fehlende Besserung

Eine 100 %ige Besserung, also völlige Beschwerdefreiheit, wurde von keiner der Patientinnen angegeben.

KONKLUSION

Die Physiotherapie bei Stuhlinkontinenz umfaßt ein breites Spektrum. Dieses beginnt mit dem Aufbau eines grundlegenden Verständnisses der Betroffenen für die Funktion ihrer Beckenbodenmuskulatur, gefolgt von Übungen in Einzelsitzungen wie auch Gruppentherapie. Wenn erforderlich, werden diese durch apparative Unterstützung, wie Biofeedback und Elektrostimulation, ergänzt.

Durch konsequente Anwendung unseres Konzepts über einen Zeitraum von drei Monaten konnte eine Besserung prinzipiell in nahezu 90 % der Fälle beobachtet werden; 52 % der Patientinnen profitierten deutlicher aufgrund einer 25 bis 75 %igen Besserung ihrer Symptomatik.

Die geringe Zahl von deutlichen Besserungen (12 %) und das Fehlen vollständiger Heilungen spiegeln die tatsächliche Problematik der Stuhlinkontinenz wider, welche bei einmal geschädigtem Beckenboden nur selten vollständig zu beherrschen ist. Die Integration des Wexner-Scores in die Analyse dieser Serie erbringt eine besonders realistische Beurteilung, die einer euphemistischen Interpretation von arbiträren Erfolgseinschätzungen auf Basis subjektiver, grobklinischer und untersucherabhängiger Beobachtungen vorbeugt.

Eine Quote von nur leichter oder fehlender Besserung in 48 % der Fälle legt eine enge Kooperation von Physiotherapie und Chirurgie in all jenen Fällen nahe, deren anale Kontinenz durch Sphinkterrekonstruierende oder -raffende Eingriffe zusätzlich gebessert oder geheilt werden kann. Voraussetzung dafür ist die prinzipielle Durchführung einer analen Sonographie, die in zunehmendem Maße operationswürdige (meist postpartale) Sphinkterdefekte erkennt. Sinnvollerweise sollten diese chirurgisch saniert werden, ehe die Physiotherapie zur Anwendung kommt.

Das Beckenbodentraining unter professioneller physiotherapeutischer Anleitung ist wesentlicher Bestandteil des interdisziplinären Patientenmanagements nach Eingriffen mit der Intention einer Wiederherstellung der Sphinkterfunktion. Mit Rücksicht auf Nähte, welche Bündel von Schließmuskulatur durchsetzen, sollten die einschlägigen Übungen erst nach einem postoperativen Intervall von mindestens sechs Wochen zum Einsatz kommen.

Literatur:

1. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77–97.
2. Hislop HJ, Montgomery J. Daniels und Worthingham's Muskeltests. Urban & Fischer, München, 1999.
3. Travell JG, Simons DG. Handbuch der Muskel-Triggerpunkte. Verlag Urban & Fischer, München, 2001.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-PT Elisabeth Pulker
Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Landeskliniken Salzburg
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstr. 48
E-mail: e.pulker@salk.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](#)