

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Operative Therapie der
Stuhlinkontinenz der Frau**

Herbst F

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 20

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



OPERATIVE THERAPIE DER STUHLINKONTINENZ DER FRAU

EINLEITUNG

In den letzten Jahren haben sich Indikationen und das Spektrum operativer Therapien deutlich verändert. Dies beruht einerseits auf einem durch bessere Diagnostik erweiterten Verständnis der gestörten Morphologie und Funktion des Schließmuskelorgans und andererseits auf dem Einsatz neuer Verfahren.

Mit Hilfe des endoanalen Ultraschalls kann die Integrität des Analsphinkters zuverlässig beurteilt werden. So können posttraumatische Inkontinenzformen (geburtshilflich, postoperativ, Analdehnung) von solchen mit intaktem Sphinkter unterschieden werden. Die morphologische Diagnostik ist unabdingbare Grundlage für die Indikationsstellung zur Operation. Neuerdings kann auch mittels endoanaler MRT-Untersuchung eine Atrophie des externen Sphinkters oder Levators diagnostiziert und der postoperative Erfolg eingeschätzt werden.

OPERATIONEN

Der **Postanal Repair** (Beckenbodenraffung) stellt die erste moderne Schließmuskeloperation dar. Sie ist nur bei morphologisch intaktem Sphinkter indiziert. Erfolge sind jedoch nicht dauerhaft, sodaß die Operation und ihre Modifikationen nur mehr in Einzelfällen zur Anwendung kommen.

Der **Sphinkterrepair** (direkte Sphinkterrekonstruktion durch überlappende Naht) kommt bei Nachweis eines Sphinktertraumas zur Anwendung und stellt derzeit die häufigste Operation dar. Sie führt bei etwa zwei Drittel der operierten Patientinnen zu einer langdauernden Funktionsverbesserung.

Wenn kein morphologischer Defekt des Sphinkters nachweisbar ist, kann die **sakrale Nervenstimulation** (SNS) eingesetzt werden. Zunächst werden Probeelektroden für eine mehrwöchige Testphase perkutan eingebracht, bei Erfolg können dann Dauerelektroden und Schrittmacher implantiert werden. Für dieses Verfahren liegen derzeit aber nur limitierte Erfahrungen mit kurzen Nachbeobachtungsintervallen vor; durch die Möglichkeit der Effektbeurteilung in der Testphase können aber Therapieversager weitgehend ausgeschlossen werden.

Die stimulierte **Gracilis-Plastik** (Transfer des M. gracilis rund um den Sphinkter und Stimulation mittels Schrittmacher) wird bei Fehlen oder ausgedehnter Zerstörung des Sphinkters eingesetzt. Es handelt sich um ein komplexes Mehrschrittverfahren unter Stomaschutz, das nach Versagen anderer Optionen eingesetzt wird und in Zentren mit Erfahrung bei selektierten Patientinnen gute Erfolge erzielt.

Alternativ zur Gracilis-Plastik kann ein **mechanischer Sphinkter** eingesetzt werden. Für Patientinnen mit funktionierenden Implantaten werden gute Erfolge berichtet, allerdings müssen hohe Explantationsraten wegen Infektionen

und/oder Erosion der Prothese in Kauf genommen werden. Die Effektivität der Therapie ist daher unklar.

Für Patientinnen mit passiver Inkontinenz stehen **neue Therapieansätze** zur Verfügung, die sich aber vielfach noch im Erprobungsstadium befinden. Beim Secca-Verfahren werden im Analkanal durch punktuelle Radiofrequenzanwendung Vernarbungen erzeugt. Die Anwendung injizierbarer Biomaterialien begründet sich auf dem Erfolg von Verschiebelappenplastiken bei Patienten mit Internusdefekten. Es steht eine Vielzahl von Produkten zur Verfügung, optimale Injektionsroute und -ort sind noch nicht geklärt.

ZUSAMMENFASSUNG

Heute steht für Patientinnen, die mit konservativer Therapie nicht ausreichend gebessert werden können, eine Reihe operativer Verfahren zur Verfügung. Um optimale Therapieerfolge zu erzielen, erfolgt eine individuelle Auswahl auf Basis der morphologischen Untersuchungsbefunde.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Herbst
Universitätsklinik für Chirurgie
Klin. Abteilung für Allgemeine Chirurgie
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail:
friedrich.herbst@meduniwien.ac.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](#)