

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Welche Inkontinenzoperationen sind
auch älteren Personen zumutbar? -**

Stuhlinkontinenz

Wunderlich M, Freitas A

Langmayr J, Lechner M

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (Sonderheft

3) (Ausgabe für Österreich), 25-26

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



WELCHE INKONTINENZOPERATIONEN SIND AUCH ÄLTEREN PERSONEN ZUMUTBAR? – STUHLINKONTINENZ

WELCHE INKONTINENZOPERATIONEN SIND AUCH ÄLTEREN PERSONEN ZUMUTBAR? – STUHLINKONTINENZ

EINLEITUNG

Die Stuhlinkontinenz (= fäkale Inkontinenz, FI) betrifft zu etwa 90 % Frauen [1], naturgemäß vor allem in höherem Alter. Die konservative Therapie mit Stuhleindickung (Loperamid), gezielter Darmentleerung morgens (laxierende Suppositorien) und Beckenbodentraining ist meist erfolgreich, während etwa 30 % der Fälle auch Operationen erfordern. Wesentliche Substrate für die Chirurgie sind Sphinkterdefekt und Rektumprolaps. Bei fehlender Einsicht der Patienten sind konservative oder operative Maßnahmen allerdings nicht sinnvoll – mit Ausnahme des vollständigen Rektumprolaps, dessen hoher Leidensdruck aufgrund von Schmerzen sowie Verlust von Blut und Schleim durch die chirurgische Reduktion deutlich gelindert werden kann.

SPHINKTERDEFEKT

Häufigste Ursache ist ein während des Geburtsvorganges unbemerkt entstandener perinealer Riß des Sphinkter ani externus (35 % bei Primiparae, 80 % bei Forzepsentbindungen) [2], welcher jahrzehntelang kompensiert sein kann, ehe sich die FI manifestiert, sobald der natürliche Alterungsprozeß den verbliebenen Sphinkter erschwachen läßt.

Die Diagnose erbringen Anamnese, klinische Untersuchung (Inspektion, bidigitale Palpation) und analer Ultraschall.

Therapie der Wahl ist die „anterior sphincter repair“ [3]: Perineale Inzision, Durchtrennung der Narbe zwischen den Sphinkterstümpfen, welche in der Folge auf eine Länge von etwa 4 cm freipräpariert und dann überlappend vernäht werden.

Im eigenen Krankengut [4] wurde seit 1989 bei 49 Frauen zwischen 60 und 90 Jahren (Durchschnittsalter 72 Jahre) eine anterior sphincter repair durchgeführt: In 14 Fällen wurde die Kontinenz vollständig wiederhergestellt, in 18 Fällen substantiell gebessert.

SPHINKTERSCHWÄCHE

Die mit der Hypothese einer Beckenbodenneuropathie [5] assoziierte Insuffizienz von Sphinkter ani externus und Puborektalis hat seit der zunehmenden Entdeckung von postpartalen Sphinkterdefekten durch die anale Sonographie an Bedeutung verloren. Aus diesem Grund kommt die Operation der „postanal repair“ [6] (= retroanale Raffung der Beckenbodenmuskulatur) nun seltener zur Anwendung – am besten kombiniert mit perinealen Verfahren bei Rektumprolaps.

Vielversprechend bei Sphinkterschwäche ohne Defekt ist die Methode der sakralen Nervenstimulation (SNS) [7].

REKTUMPROLAPS

Der vollständige Rektumprolaps geht in der Regel mit einer FI einher. Die Diagnose ergibt sich in erster Linie aus der Anamnese, oft aufgrund von Beobachtungen durch die Umgebung der Betroffenen, wohingegen die Demonstration des Prolaps bei der Untersuchung in Linksseitenlage nur selten gelingt.

Therapie der Wahl ist die transabdominelle Rektopexie, vorzugsweise laparoskopisch durchgeführt [8]. Bei Patienten mit hohem abdominalen Operationsrisiko wird auf die nach Delorme und Altmeier [9] benannten perinealen Verfahren zurückgegriffen, welche allerdings eine be-

trächtliche Rezidivrate haben und die Kontinenz nur in etwa 50 % der Fälle bessern. Bei der Operation nach Delorme wird die Mukosa des prolabierten Rektums abpräpariert, die so freigelegte Muscularis propria mit Nähten pliziert, wodurch sich das Rektum reponieren läßt. Mit der Methode von Altmeier werden Rektum und distales Colon sigmoideum reseziert, das proximale Sigma mit dem Analkanal durch koloanale Anastomose vereinigt.

Im eigenen Krankengut [4] beträgt die Rezidivrate nach Delormes Operation etwa 50 %, wobei Rückfälle des Prolaps sporadisch auch nach wenigen Wochen beobachtet wurden.

Sphincter repair und Delorme haben weder schwere Komplikationen noch eine operationsbedingte Mortalität; ein protektives Stoma ist nicht erforderlich; die Eingriffe, insbesondere jener nach Delorme, sind bei Bedarf wiederholbar.

KONKLUSION

Lokale rekonstruierende Operationen der analen Sphinktermuskulatur sowie perineale Verfahren bei Rektumprolaps können älteren Personen – auch wegen der Möglichkeit der Spinalanästhesie – durchaus zugemutet werden.

Bei nicht oder gering erhöhtem Risiko einer Laparotomie ist die laparoskopische Rektopexie auch in hohem Alter vertretbar.

Literatur:

1. Wunderlich M, Lechner M, Stieböck C. Stuhlinkontinenz – Risikogruppe „Frau“. *Medmix* 07-08/2006; 55-7.
2. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905-11.
3. Parks AG. Late repair of injuries of the anal sphincter. *Proc R Soc Med* 1971; 64: 1187-9.

WELCHE INKONTINENZOPERATIONEN SIND AUCH ÄLTHEREN PERSONEN ZUMUTBAR? – STUHLINKONTINENZ

4. Lechner M, Langmayr J, Wunderlich M. Stuhlinkontinenz und Rektumprolaps – Operationen zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Kontinenz. Chir Gastroenterol 2003; 131–5.
5. Neill ME, Parks AG, Swash M. Physiological studies of the anal sphincter musculature in fecal incontinence and rectal prolapse. Br J Surg 1981; 68: 531–6.
6. Parks AG. Post-anal perineorrhaphy for rectal prolapse. Proc R Soc Med 1967; 60: 920–1.

7. Langmayr J, Rosen H. Sakrale Nervenstimulation (SNS) bei Stuhlinkontinenz. J Urol Urogynäkol 2006; 13 (Sdh 3): 33–4.
8. Bruch HP, Schwandtner O. Chirurgische Therapie des Rektumprolaps: Welche Operation ist die Beste? Chir Gastroenterol 2001; 17: 215–23.
9. Altemeier WA, Culbertson WR, Schowen-gerdt C, Hunt J. Nineteen years' experience with the one-stage perineal repair of rectal prolapse. Ann Surg 1971: 993–1001.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Max Wunderlich, FRCS
Abteilung für Chirurgie
Krankenhaus 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](#)