

Stuhlinkontinenz/ Darminkontinenz (= Schwäche, den Stuhl zu halten)

Kaum eine andere Krankheit im Alter ist mit so viel Schamgefühl und Diskretion verbunden wie eine Stuhlinkontinenz. Dabei sind von Stuhlinkontinenz mehr Menschen betroffen als viele glauben:

Laut Deutscher Kontinenz Gesellschaft leiden rund 5 Prozent aller Deutschen an einer Stuhlinkontinenz, das sind rund 5 Millionen Menschen.

Zum Vergleich: An einer Harninkontinenz leiden 6 bis 8 Millionen Deutsche.

Stuhlinkontinenz bei Männern & Frauen:

Stuhlinkontinenz kommt bei Frauen, laut Deutscher Kontinenz Gesellschaft, etwa 4 bis 5 Mal häufiger vor, als bei Männern. Schuld an der ungleichen Verteilung von Darminkontinenz bei Männern und Frauen sind die unterschiedlichen anatomischen Gegebenheiten im Beckenraum sowie die Belastung durch Schwangerschaften und Geburten, die Ursache für eine Stuhlinkontinenz sein können.

Definition:

Eine Stuhlinkontinenz oder auch Stuhlinkontinenz liegt vor, wenn Darmgase, flüssiger oder fester Stuhl unkontrolliert entweichen und der Zeitpunkt der Entleerung nicht mehr zuverlässig selbst bestimmt werden kann. In vielen Fällen liegt bei einer bestehenden Stuhlinkontinenz zusätzlich auch eine Harninkontinenz vor.

Symptome:

Erste Symptome einer Stuhlinkontinenz liegen vor, wenn immer wieder Darmgase entweichen, ohne dass Betroffene dies bemerken und sie den Abgang der Winde nicht mehr beeinflussen können.

Typisches Symptom einer angehenden leichten Stuhlinkontinenz ist, wenn regelmäßig Verschmutzungen der Unterwäsche beobachtet werden, weil kleine Mengen an Darmschleim oder Stuhl unkontrolliert austreten. Besonders deutlich zeigt sich eine Stuhlinkontinenz, wenn flüssiger Stuhl nicht mehr zurückgehalten werden kann. In schweren Fällen von Stuhlinkontinenz kann selbst geformter Stuhl nicht mehr gehalten werden.

Formen:

- **Stuhlinkontinenz Grad 1:**
Unkontrollierter Abgang von Winden und Darmschleim mit leichter Wäscheverschmutzung.
- **Stuhlinkontinenz Grad 2:**
Unkontrollierter Abgang von flüssigem Stuhl und von Winden.
- **Stuhlinkontinenz Grad 3:**
Völlig unkontrollierter Abgang von festem Stuhl, flüssigem Stuhl und von Winden.

Ursachen:

Da die kontrollierte Ausscheidung von Stuhl ein komplexer Vorgang ist, an dem viele Faktoren beteiligt sind, können ganz unterschiedliche Störungen vorliegen:

- **Muskuläre Störungen:**

Schwächung der Muskulatur, die an der Stuhlspeicherung und -ausscheidung beteiligt ist.

Mögliche Ursachen: Schädigung des Schließmuskels z. B. durch Dammriss, nachlassende Gewebeelastizität im Alter, Beckenbodenschwäche oder Verstopfung*.

- **Neurologische Störungen:**

Fehlende oder unzureichende Übertragung der Nervenimpulse aus dem Darm über den aktuellen Füllzustand des Darms.

Mögliche Ursachen: Alzheimer, Demenz, Multiple Sklerose, Schlaganfall, Diabetes oder Querschnittslähmung.

- **Sensorische Störungen:**

Störung der sensiblen Wahrnehmung der Schleimhaut des Analkanals.

Mögliche Ursachen: Hämorrhoiden, Darmoperationen, Vorfall von Analkanal oder Enddarmanteilen.

- **Störung der rektalen Speicherfunktion:**

Störung der Speicherfunktion der Rektumampulle.

Mögliche Ursachen: Chronisch-entzündliche Darmkrankheiten wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa und Darmoperationen.

***Stuhlinkontinenz durch chronische Verstopfung:**

Chronische Verstopfung gilt ebenfalls als häufige Ursache für eine Stuhlinkontinenz.

Sie ist mit 5 bis 15 Prozent aller Deutschen weit verbreitet.

Bei den meisten beginnt eine chronische Verstopfung schleichend und ist zu Beginn vor allem mit einem unangenehmen Völlegefühl und Blähungen verbunden. Wird die Verstopfung nicht behandelt, verdickt der zu lang im Darm verweilende Stuhl immer stärker, weil der Dickdarm ihm weiterhin Wasser entzieht. Sogenannte Kotsteine entstehen, die eine mechanische Barriere im Enddarm bilden und Druck auf den darunterliegenden Schließmuskelapparat ausüben.

Nachkommender Stuhl kann nicht mehr weitertransportiert werden. Um das Hindernis zu umgehen, produziert der Darm wiederum Flüssigkeit, die den nachkommenden Stuhl verdünnt. Dieser läuft an der Blockade vorbei und kann vom geschwächten Schließmuskel nicht mehr gehalten werden.

Neben ungewolltem Stuhlschmieren kann es auch zum explosionsartigen Abgang von flüssigem Stuhl kommen, weil der Stuhldrang mitunter plötzlich so stark wird, dass er nicht mehr zu kontrollieren ist.

Von den Betroffenen wird dieser Vorgang oft fälschlicherweise als Durchfall wahrgenommen, obwohl es sich eigentlich um eine Verstopfung handelt. Zudem pressen viele Patienten beim Entleeren zu stark, was wiederum zu Verletzungen im Analbereich und zur Ausstülpung von Hämorrhoiden führen kann.

Behandlung & Therapie:

- 1. Regulierung des Stuhlgangs**
- 2. Beckenbodentraining**
- 3. Elektrostimulation und Biofeedback**
- 4. Sakrale Nervenstimulation**
- 5. Operationen am Schließmuskel**

1 Regulierung des Stuhlgangs:

- Ernährung**

Ein wichtiger Schritt bei der Behandlung von Stuhlinkontinenz ist die Regulierung eines geschmeidigen Stuhlgangs, d. h. nicht zu festem und nicht zu weichem Stuhl, und die Regulierung eines regelmäßigen Stuhlgangs.

Dazu sollten Betroffene auf eine ausgewogene und ballaststoffreiche Ernährung im Alter achten und **mindestens 2 Liter Flüssigkeit** täglich zu sich nehmen. Darmreizende Lebensmittel wie Kaffee, Alkohol und alle blähenden Speisen (Bohnen, Kohl, etc.) sollten gemieden werden. Hilfreich ist außerdem regelmäßige Bewegung, wie z. B. Spazierengehen. Stark quellende Getreideschalen oder Saaten, wie etwa indische Flohsamen, sorgen zusätzlich für ein höheres Stuhlvolumen und normalisieren dadurch die Stuhlkonsistenz. Ein Stuhltagebuch kann Betroffenen dabei helfen, die eigenen Toilettengewohnheiten besser kennenzulernen und ein genaueres Gespür dafür zu entwickeln, welche Speisen und Gewohnheiten die Kontinenz fördern bzw. die Beschwerden verschlimmern.

- Medikamente**

Es können auch Medikamente gegeben werden, die entweder stuhlerweichend und abführend wirken oder den zu flüssigen Stuhl eindicken. Betroffene sollte hier aber auf keinen Fall selbst zu Medikamenten greifen. Oft verschlimmern sich – gerade durch die ständige Einnahme von Abführmittel – die Beschwerden noch weiter.

- Gezielte Darmentleerung**

Gute Ergebnisse bringt auch die rektale Darmirrigation. Das ist eine einfach selbst durchzuführende Darmspülung mit der der Darm, z. B. mit einem Klistier oder mit speziellen Zäpfchen, gezielt entleert werden kann. Täglich vorgenommen müssen Betroffene nur noch selten mit ungewollten Darmausscheidungen rechnen. Die rektale Darmirrigation wirkt zudem aktivierend auf die Darmwand, beseitigt Verstopfungen und schult den oft gestörten Stuhlentleerungsreflex.

2 Beckenbodentraining

Eine sehr wirksame Behandlung bei Stuhlinkontinenz ist Beckenbodentraining, das sowohl bei Stuhlinkontinenz als auch Harninkontinenz Behandlungserfolge erzielt und Beschwerden mindert. Dabei wird die erschlaffte Beckenbodenmuskulatur gezielt trainiert und gekräftigt, damit sie ihre Funktion wieder optimal erfüllen kann. Bei Übergewicht sollte außerdem eine Gewichtsreduktion angestrebt werden, was den Beckenboden zusätzlich zu entlastet.

3 Elektrostimulation und Biofeedback

Patienten, die sich schwertun, den eigenen Beckenboden und insbesondere die Schließmuskelspannung selbst bewusst wahrzunehmen, können mit einem Biofeedbackgerät üben. Dazu wird ein kleiner Ballon im Analkanal platziert, der gezielt zusammengedrückt werden muss. Über ein Signal wird angezeigt, wie hoch der jeweilige Kneifdruck ist. Darüber hinaus kann Elektrostimulation auch dabei helfen, die Schließmuskelfunktion wieder zu verbessern. Hierbei wird der Schließmuskel durch Reizstrom passiv angespannt.

4 Sakrale Nervenstimulation (sog. „Darm- bzw. Blasenschrittmacher“)

Bei Nervenschäden im Beckenbereich kann die sakrale Nervenstimulation zum Erfolg führen. Bei diesem relativ neuen Verfahren wird ein kleiner Schrittmacher ins Gesäß implantiert, der schwache elektrische Impulse an die sog. Sakralnerven abgibt. Die Sakralnerven sind die Nerven, die Beckenboden, Darm und Blase steuern. Das führt in der Regel wieder zur Kontinenz bei Darmschwäche, kann aber auch bei Blasenschwäche positive Auswirkungen haben. Deshalb spricht man in diesem Zusammenhang auch vom Darm- bzw. Blasenschrittmacher. Zur Stuhlentleerung wird der Schrittmacher einfach abgeschaltet.

5 Operationen am Schließmuskel

Sind Verletzungen am Schließmuskel für die Stuhlinkontinenz verantwortlich, kann man versuchen, den Schließmuskel aus einem körpereigenen Implantat, in der Regel aus einem Muskel des Oberschenkels, zu rekonstruieren. Ist das nicht möglich, kann auch ein künstlicher Schließmuskel eingesetzt werden. Beide Verfahren sind allerdings ziemlich aufwendig und können zu Komplikationen führen.



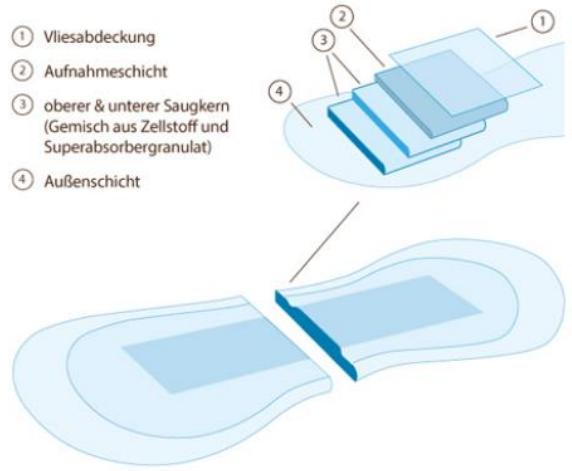
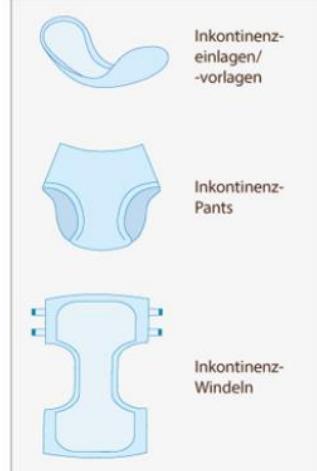
Stuhlinkontinenz bewirkt einen riesigen Leidensdruck. Aus Angst vor peinlichen Missgeschicken, unangenehmen Gerüchen und Geräuschen ziehen sich Betroffene oft völlig zurück und verlassen kaum noch ihre Wohnung.

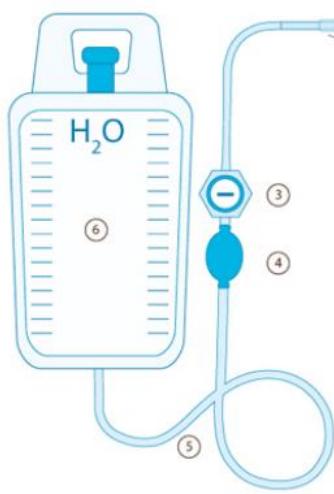
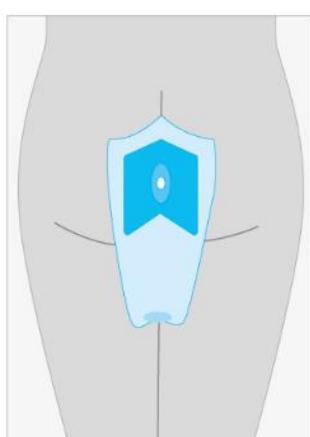
Bei Problemen sollte ein Facharzt für Proktologie oder ein Spezialist in einem Kontinenz-Zentrum aufgesucht werden.

Kriterien für die Auswahl der Hilfsmittel:

- Wie viel Sicherheit wird benötigt?
- Welche Menge und welche Beschaffenheit hat die Ausscheidung?
- Wann tritt die Inkontinenz auf (z. B. nur in der Nacht)?
- Wie ist die Mobilität des Betroffenen?
- Ist der Betroffene geistig und körperlich in der Lage, die Inkontinenzversorgung selbst vorzunehmen?

Hilfsmittel bei Inkontinenz:

| Hilfsmittel: | Anwendung: |
|--|---|
| Inkontinenz-Vorlagen Pants Inkontinenz-Windeln | <p> Urin oder Stuhl werden durch spezielle Einlagen/Vorlagen, Windeln oder Pants aufgenommen, die in verschiedenen Varianten und Saugstärken erhältlich sind</p> <p>SCHEMA AUFSAUGENDE HILFSMITTEL</p>  <p>ANWENDUNG</p>  |
| Anal-Tampon | <ul style="list-style-type: none"> • besteht aus weichem, hautverträglichem Schaumstoff, der von einer wasserlöslichen Schutzfolie umgeben ist. • Diese Folie komprimiert den Schaumstoff auf ein sehr geringes Maß, sodass der Anal-Tampon in Kombination mit dem beiliegenden Gleitgel einfach und angenehm einzuführen ist. • Die Schutzfolie löst sich nach dem Einführen ohne Rückstände auf. • Der Anal-Tampon hält festen Stuhl bis zu zwölf Stunden lang sicher zurück. • Er ist in zwei Größen erhältlich, somit ist er sowohl für Erwachsene als auch für Kinder geeignet.  |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Anale Irrigation | <ul style="list-style-type: none"> • Über den Anus wird Flüssigkeit in den Darm gefüllt. • Durch das zusätzliche Volumen wird der Darm gedehnt, natürliche Entleerungsreflexe angeregt und Stuhl und Irrigationsflüssigkeit abgeführt. • Da nun erst wieder Stuhl aus höher gelegenen Darmabschnitten nachrutschen muss, kann bei regelmäßiger Anwendung eine ausscheidungsfreie Zeit von bis zu 48 Stunden bewirkt und ungewollter Stuhlabgang zwischen den Irrigationen verhindert werden. <p> Über einen Rektalkatheter wird Flüssigkeit in den Darm gefüllt. So werden Entleerungsreflexe angeregt und eine kontrollierte Stuhlentleerung in die Toilette ermöglicht</p> | <p>SCHEMA ANALES IRRIGATIONS-SYSTEM</p>  <p>ANWENDUNG</p>  |
| Fäkal-Kollektor | <ul style="list-style-type: none"> • Klebebeutel eignet sich für immobile Patienten, bei denen die Stuhlauscheidung nicht auf die Haut kommen soll (z. B. bei Dekubitus). <p> Ableitung von unkontrolliertem, flüssigem/halbflüssigem Stuhl durch Anbringen eines Beutels am After – primär für immobile, bettlägerige Patienten geeignet</p> | <p>SCHEMA FÄKALKOLLEKTOR</p>  <p>ANWENDUNG</p>  |

Quellen:

Pflegen.de – Ihr Portal für Wohnen und Leben im Alter (o. J.). Stuhlinkontinenz / Darminkontinenz. Online: <https://www.pflege.de/leben-im-alter/krankheiten/inkontinenz/stuhlinkontinenz/> [Zugriff am 26.03.2018]

SIEWA – Coloplast Homecare (o. J.). Leben mit Stuhlinkontinenz. Hilfsmittel bei Stuhlinkontinenz. Online: https://www.siewa-homecare.de/inkontinenz/leben-mit-stuhlinkontinenz/?section=Anale-Irrigation_206237#section=Darmschw%C3%A4che-%E2%80%93-w%C3%A4hlen-Sie-das-richtige-Hilfsmittel_206981 [Zugriff am 26.03.2018]