

---

# Stuhlinkontinenz

---

Dr. med. Haug Loriz

---

Arbeitsgemeinschaft BeckenBodenGesundheit e.V.  
[www.ag-bbg.de](http://www.ag-bbg.de)

---

## Stuhlinkontinenz

Als Stuhlinkontinenz wird der ungewollte Abgang von Darminhalt bezeichnet. Dies kann sowohl bei festem Stuhlgang aber auch bei Winden auftreten.

Die Kontinenz entsteht aus dem Zusammenspiel verschiedenster Faktoren:

- Funktion des Schließmuskels
- Funktion der Nerven des End- und Mastdarmes
- Zustand der Haut um den Darmausgang
- Zustand der Hämorrhoiden
- Stuhlbeschaffenheit (Konsistenz und Menge)
- Psychische Faktoren

Schon bei der Störung eines einzelnen Faktors kann eine Inkontinenz auftreten.

Stuhlinkontinenz ist kein seltenes Problem. Stuhlinkontinenz ist behandelbar; durch die nachvollziehbar sehr hohe Hemmschwelle der Betroffenen findet jedoch oft keine Behandlung statt.

Die Diagnose einer Stuhlinkontinenz wird durch ein ausführliches Gespräch zwischen Arzt und Patient gestellt.

Vor Einleitung einer Behandlung ist es notwendig die Ursache bzw. die Ursachen der Inkontinenz herauszufinden. Hierzu werden standardmäßig die folgenden Untersuchungsverfahren eingesetzt wie End- und Mastdarmspiegelung, Enddarmultraschall (Endosonographie) sowie Druckmessung des Schließmuskels (Manometrie).

Die Therapie der Stuhlinkontinenz ist vielfältig und besteht immer aus einem konservativen Teil. Besteht eine Schädigung des Schließmuskels oder eine abnorme Anatomie, können ebenso wie bei Versagen der alleinigen konservativen Therapie chirurgische Maßnahmen zum Einsatz kommen.

Für eine Stuhlinkontinenz gibt es viele verschiedene Ursachen.

Bei Durchfall kann es zu einer Stuhlinkontinenz kommen, wenn der Schließmuskel es nichtmehr schafft den vermehrten und flüssigen Stuhlgang zurückzuhalten. Ebenso kann bei einer Entzündung von Mast- und Enddarm die Sensibilität für den Stuhlgang verändert sein.

Krankheiten des Enddarmes können zu einer gestörten Wahrnehmung des Stuhlganges führen und so zu einer Stuhlhalteschwäche beitragen. Solche Krankheiten sind zum Beispiel:

- Hämorrhoiden- und Mastdarmvorfälle stören die Funktion des Schließmuskels derart, dass eine abgestimmte Muskelarbeit nicht möglich. Diese Funktionsstörung kann bei lang andauerndem Vorfall sogar dauerhaft bestehen.
- Vernarbungen, schmerzhafte Einrisse des Analkanals (Fissuren), Fisteln
- Tumoren des Darmausganges und des Mastdarmes

Bei einer chronischen Stuhlentleerungsstörung kann es zu ungewolltem Stuhlabgang kommen, wenn nicht ausgeschiedener Stuhlgang spontan abgeht. Eine lange bestehende Verstopfung mit ausgeprägtem Pressen beim Stuhlgang kann über eine Dehnung der Beckenbodennerven eine Schwäche des Schließmuskels bedingen.

Verletzungen des Schließmuskels können auch Jahre nach der eigentlichen Verletzung Ursache einer Stuhlhaltestörung sein. Hier findet zunächst ein Ausgleich durch die übrigen Beckenbodenmuskeln statt, der

jedoch mit der Zeit versagt. Mögliche Gründe einer Schließmuskelverletzung sind Geburten, operative Eingriffe oder Unfälle.

Störungen des muskulären Beckenbodens (Beckenbodeninsuffizienz) führen gelegentlich einer Verlagerung der Beckenorgane, die die Arbeit des Beckenbodens mitsamt dem Schließmuskel derart beeinträchtigen kann, dass eine Inkontinenz entsteht.

Bei Schädigung der Nerven, die für die Steuerung des Stuhlhaltevermögens zuständig sind, ist eine Inkontinenz möglich.

- Im Rahmen einer Geburt können die Nerven des Beckenbodens überdehnt werden.
- Bei Erkrankungen oder Verletzungen von Gehirn und Rückenmark kann es zu einer Störung dieser Nerven kommen.
- Eine allgemeine Nervenschädigung (Polyneuropathie) - wie zum Beispiel bei der Zuckerkrankheit - kann auch die Nerven des Beckenbodens betreffen.

Die Diagnose einer Stuhlinkontinenz wird durch ein ausführliches Gespräch zwischen Arzt und Patient gestellt.

Durch die Verwendung von Fragebögen ist es möglich den Grad der Einschränkung sowie im weiteren Verlauf den Erfolg der Behandlung festzuhalten.

Vor Einleitung einer Behandlung ist es notwendig die Ursache bzw. die Ursachen der Inkontinenz herauszufinden. Hierzu werden verschiedene Untersuchungsverfahren eingesetzt:

- Körperliche Untersuchung
- End- und Mastdarmspiegelung (Proktoskopie und Rektoskopie)
- Enddarmultraschall (Endosonographie)
- Druckmessung der Schließmuskels (Manometrie)
- Bildgebende Verfahren in speziellen Situation (Röntgen, Computertomographie, Kernspinuntersuchung)
- Neurologische und neurophysiologische Untersuchungen

Zeigen die Untersuchungen, dass die Inkontinenz lediglich die Begleiterscheinung einer anderen Erkrankung ist, so steht die Behandlung der ursächlichen Krankheit im Vordergrund.

Bei Vorliegen einer Schließmuskelschwäche, einer Nervenstörung, einer kombinierten Störung oder aber bei einer nicht eindeutigen Ursache der Inkontinenz erfolgt eine auf den Patienten abgestimmte Behandlung. Diese Behandlung ist in den meisten Fällen konservativ; es bestehen jedoch auch operativ chirurgische Therapiemöglichkeiten.

Die konservative Therapie steht auf mehreren Säulen:

### **Ernährung**

- Mehrere kleine Mahlzeiten (5/Tag)
- Durch die Verwendung eines Ernährungs- und Stuhltagebuches können Sie am besten kritische Lebensmittel herausfinden und meiden.

Abführende, blähende und geruchsbildende Lebensmittel:

Alkohol, Koffein, unverdünnte Säfte, rohes Gemüse, rohes Obst, Kohl, Hülsenfrüchte, Zwiebeln, Knoblauch, Bohnen, Salate, Feigen, Trockenpflaumen, Vollkornprodukte, Süßstoff, Scharfes, scharf Gebtratenes, Nikotin, Eier, Mayonnaise, frisches Brot, Fleisch, Geräuchertes

Stopfende, blähungs- und geruchshemmende Lebensmittel:

Weißbrot, Graham-, Dinkelbrot, Trockengebäck, Zwieback, geschälter Reis, Teigwaren, Haferflocken, Gries, gekochte Kartoffeln, gekochte Karotten, Bananen, geriebener Apfel mit Schale, Rosinen, getrocknete Heidelbeeren, Heidelbeersaft, dunkle Schokolade, Kakao, Hartkäse, Kümmel, Fenchel, Tee (Fenchel, Anis, Kümmel), Joghurt

### **Medikamente**

Je fester der Stuhlgang ist, desto leichter kann er durch den Schließmuskel kontrolliert werden.

- Loperamid hemmt die Darmbewegung und ermöglicht es dem Darm mehr Wasser zu entziehen; der Stuhlgang wird fester.
- Flohsamenschalen binden Flüssigkeit im Darm; die Flohsamen sollten nur mit soviel Wasser zubereitet werden, dass sie trinkbar sind.

### **Beckenbodenmuskulatur**

- Beckenbodengymnastik

Das Einhalten des Stuhlgangs geschieht nicht durch einen einzelnen Muskel, sondern durch mehrere Muskelgruppen; hierzu gehören der innere und äußere Schließmuskel sowie der muskuläre Beckenboden mit dem Puborektalis Muskel. Diese Muskeln können durch bestimmte Übungen mit einem Physiotherapeuten gezielt gekräftigt und somit in Ihrer Funktion verbessert werden. Die Übungen sollten konsequent und regelmäßig durchgeführt werden.

- Biofeedbacktraining

Hierbei wird über eine kleine Sonde die Anspannung des Beckenbodens verdeutlicht, was das Training in diesem Bereich vereinfacht. Nach einer Anleitung erfolgt das weitere Training ungestört in Ihrer häuslichen Umgebung. Auch hier müssen die Übungen konsequent und regelmäßig durchgeführt werden.

Je nach Ausführung des Biofeedbackgerätes ist eine gleichzeitige passive Stimulation des Schließmuskelapparates möglich.

- Sport

Sportliche Aktivität wirkt sich insgesamt positiv auf den gesamten Behandlungsverlauf aus.

### **Mechanische Hilfen**

Die Irrigation ist ein Verfahren zur gezielten nahezu kompletten Entleerung des Dickdarmes. Hierbei wird der Darm mit lauwarmem Wasser gespült und anschließend entleert. Anschließend erfolgt über einen Zeitraum von 12 bis 24 Stunden keine Stuhlausscheidung mehr.

Der Analtampon verhindert den unkontrollierten Austritt von festem Stuhlgang. Er kann bis zu 12 Stunden im Enddarm verbleiben

Ergänzend stehen z. B. Einlagen, Pants oder Schutzhosen zur Verfügung.

### **Hautpflege**

Die Pflege der Haut ist ein zentraler Punkt bei gestörter Kontinenz. Die Haut befindet sich in einer feuchten Umgebung und kann so ihre wichtige Barrierefunktion nicht wahrnehmen. Es kann zu Reizungen, Ekzemen bis hin zu offenen Wunden kommen. Aus diesem Grund ist die Pflege der Haut so wichtig.

Die Haut sollte ohne Seife mit lauwarmem Wasser gewaschen werden. Wir empfehlen die Verwendung von weichem Toilettenpapier ohne Zusätze; feuchtes Toilettenpapier sollte möglichst gar nicht verwendet werden. Zum Hautschutz sollte eine Barrierecreme dünn aufgetragen werden. Diese bildet einen dünnen atmungsaktiven Schutzfilm und kann 1x täglich aufgetragen werden. Salben aus Mineralöl- oder Zinkbasis sollten nicht verwendet werden, da diese die Poren der Haut verstopfen und zu trockener anfälliger Haut führen können.

Die chirurgische Therapie richtet sich nach Ursache der Erkrankung.

Es bestehen vielfältige Möglichkeiten, von denen drei exemplarisch erwähnt werden sollen.

Der Schließmuskel besteht aus zwei unterschiedlichen Muskeln.

Der innere Schließmuskel verrichtet die Dauerarbeit und ist eine Verstärkung der Darnwandmuskeln. Er kann nicht bewusst angespannt werden.

Der äußere Schließmuskel hingegen kann aktiv angespannt werden. Er ist für eine kurzzeitige zusätzliche Arbeit vorgesehen.

Besteht eine Verletzung in diesem Bereich kann diese je nach Ausmaß des Schadens rekonstruiert (Sphinkterrekonstruktion) werden.

Bei Beckenbodenstörungen (Beckenbodeninsuffizienz) ist unter Umständen eine Wiederherstellung der Anatomie ein geeignetes Verfahren um die richtige Funktion der Muskulatur zu ermöglichen.

Unabhängig von den genannten Maßnahmen besteht die Möglichkeit über eine gezielte Stimulation der Rückenmarksnerven die Stuhlhaltefunktion zu verbessern. Hierbei werden mit einem abgeänderten Herzschrittmacher - für den Patienten nicht spürbar - die Schließmuskelnerven zu einer gesteigerten Aktivität angeregt. Das gesamte Verfahren bezeichnet man als Sakralnervenstimulation (SNS).

Zusätzlich sollte immer auch die konservative Therapie durchgeführt werden. So können der Schließmuskel mitsamt des Beckenbodens gekräftigt und verbesserte Bedingungen für den noch beeinträchtigten Stuhlhalteapparat geschaffen werden.

**Dr. med. Haug Loriz**  
Facharzt für Visceralchirurgie

Evangelische Kliniken Bonn  
Betriebsstätte Johanniterkrankenhaus  
Johanniterstr. 1-3  
53113 Bonn

0228/543-3513  
[haug-lambert.loriz@ek-bonn.de](mailto:haug-lambert.loriz@ek-bonn.de)