

12. Oktober 2002 in Mannheim

# Anale Inkontinenz – Update 2002

Nachdem im Vorjahr die aktuellen Erkenntnisse zur Behandlung des Hämorrhoidalleidens das Update bildeten, war das Thema „anale Inkontinenz“ Mittelpunkt des Update 2002. Das Enddarmzentrum Mannheim hatte Vertreter aus Klinik und Praxis eingeladen, um Anregungen und Erfahrungen auszutauschen. Die Einführung durch J. Kirsch Sr. (Enddarmzentrum Mannheim) verdeutlichte, daß die anale Inkontinenz noch immer tabuisiert wird – und mit einer hohen Dunkelziffer und einem langem Leidensweg der Patienten verknüpft ist. Die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten umfassen – abhängig von den jeweiligen Ursachen der Inkontinenz – konservative wie operative Methoden.

## **Therapie erfordert grundlegende Kenntnisse der Anatomie und Physiologie des Beckenbodens**

Die gezielte Therapie der Inkontinenz erfordert grundlegende Kenntnisse der Anatomie und Physiologie im Bereich des Beckenbodens, um das komplexe Zusammenspiel von Sphinkter- und Beckenbodenmuskulatur zu analysieren (G. Kolbert, Enddarmzentrum Mannheim). Es wurden geschlechtsspezifische Unterschiede des Sphinkter-Aufbaus erläutert, wie etwa der nach ventral offene Verlauf des tiefen Anteils des Musculus sphincter

ani externus bei der Frau und die damit verbundene unterschiedliche Darstellung im endosonographischen Bild.

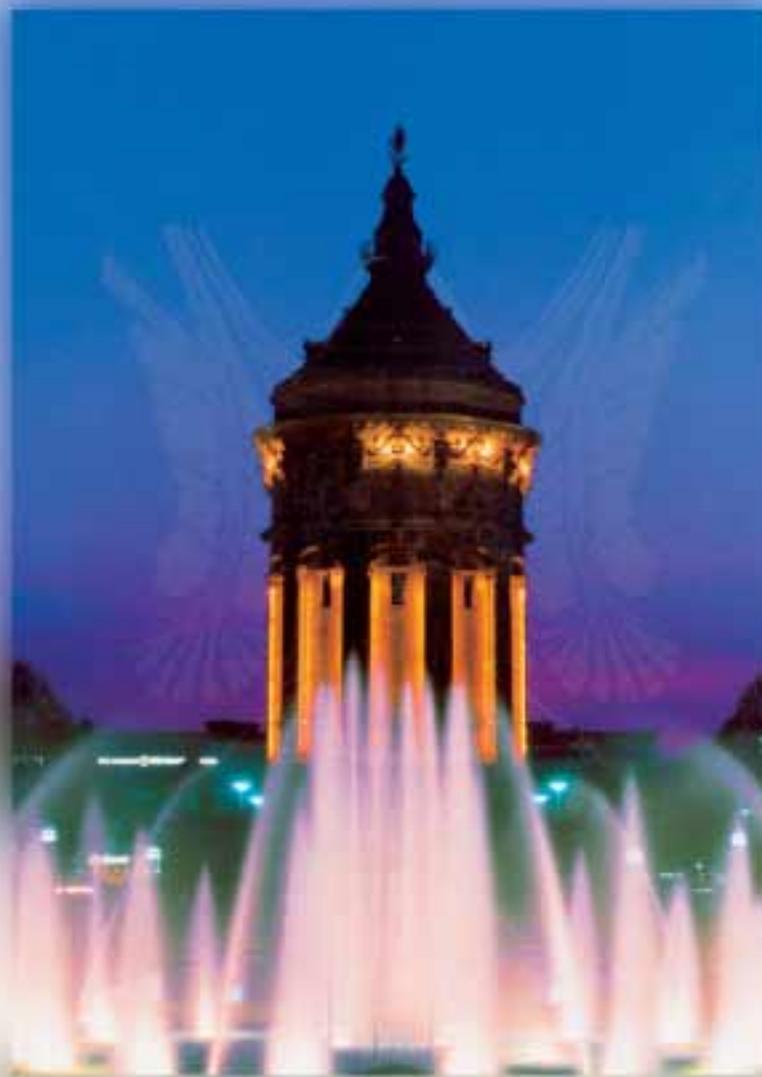
sches Spektrum zur Verfügung (Th. Schiedeck, Chirurgische Klinik, Universitätsklinikum Lübeck). Die Patientenbefragung

Ausprägung und Schweregrad der Erkrankung. Die klinische Untersuchung, Endosonographie und die Manometrie führen bereits bei 90 Prozent der Patienten zur Abklärung der Inkontinenz. Zusätzliche Untersuchungen können die nervale Versorgung des Sphinkter-Apparates mit Hilfe eines EMG und einer Pudenduslatenzzeit-Messung überprüfen. Mit der Kernspintomographie als bildgebendes Verfahren können das Zielorgan sowie die Umgebung beurteilt werden.

## **Oftmals führen dermatologische Symptome der Inkontinenz den Patienten zum Arzt**

Die dermatologische Folgen einer Inkontinenz sind oft die ersten Symptome, die den Patienten zum Arzt führen (J. Kirsch Jr., Enddarmzentrum Mannheim). Beim Vorliegen eines Analekzems können irritative, mechanische, kontaktallergische und infektiöse Ursachen – neben einer Disposition zu atopischen Erkrankungen oder Psoriasis – eine Rolle spielen. Im Akutstadium ist eine topische Therapie mit kortisonhaltigen Präparaten sinnvoll. Langfristig können eine schützende Pflegesalbe und zusätzlich eine niedrigdosierte Kortisontinktur zur Anwendung kommen.

Mit der Hilfe von geschultem Personal profitieren viele Patienten vom Einsatz der Beckenbodengymnastik (K. Schlee, Gesellschaft für Gesundheit und Wohlbefin-



*Der Mannheimer Wasserturm.*

Zu einem erfolgreichen Behandlungskonzept trägt in erster Linie eine gründliche und dennoch ökonomisch sinnvolle Diagnostik bei. Dazu steht ein großes diagnosti-

mit einer Score-Einteilung, beispielsweise der CACP-Score oder der Cleveland-Clinic-Kontinenz-Score, ermöglicht eine Differenzierung im Hinblick auf Ursache,

den, München). Die Mehrzahl der Patienten werden aus den Bereichen Gynäkologie und Urologie vorgestellt, aus den proktologischen Praxen stammten dagegen lediglich 16 Prozent. Am häufigsten sind neurogene, organische und sensorische Ursachen sowie Störungen der Reservoirfunktion. Das Umlernen und Erlernen des richtigen Einsatzes der Beckenbodenfunktion kann entscheidend zur Patientenzufriedenheit beitragen. Das Ziel ist es, dieses Training auch in den Alltag zu integrieren. Das Erlernen der Beckenbodengymnastik erscheint auch vor der Durchführung eines Biofeedback-Trainings sinnvoll, um die Patienten im Hinblick auf die einzusetzenden Muskelgruppen zu sensibilisieren und schulen.

## **Elektrostimulation: Gute Erfolgsaussichten bei Inkontinenz ersten und zweiten Grades**

Als Möglichkeit zur Erhöhung der Kontraktionskraft und Beeinflussung der Nervi pudendi wurde die Elektrostimulation vorgestellt (C. Hasse, Koloproktologische Praxisklinik Mönchengladbach). Die besten Erfolgsaussichten bestünden hier bei Patienten mit Inkontinenz Grad I bis II, wobei mit einem Therapieerfolg erst nach etwa drei bis sechs Monaten zu rechnen sei. Derzeit sind eine Vielzahl von Geräten mit den verschiedenen Möglichkeiten zur Stimulation erhältlich, wie zum Beispiel die externe Triggerung, EMG-getriggerte Elektrostimulation und Kombinationsgeräte. D. Geile (Proktologische Praxis, München) bezeichnete das Biofeedback als einen wichtigen Teil der Inkontinenz-Therapie. Die Hauptindikationen sind Muskelschwäche, leichte und mäßige

Neuropathien, Koordinationsstörungen sowie inkomplette Sphinkterläsionen. Ausschlusskriterien bilden komplette Sphinkterläsionen, fehlende Perzeption und Compliance, außerdem vollständige Nervendurchtrennungen. Nach ein bis drei überwachten Trainingseinheiten sei eine tägliche Anwendung – zwei- bis dreimalig für jeweils 20 bis 30 Minuten sinnvoll. Je nach Inkontinenz-Ursache ist eine lebenslange Anwendung erforderlich. Interessanterweise ließen sich häufig keine signifikanten Änderungen der analen Physiologie, jedoch eine deutliche Verbesserung der klinischen Inkontinenz-Scores nachweisen. Die Kurzzeiterfolge liegen bei 60 bis 80 Prozent, die Langzeiterfolge bei 40 bis 60 Prozent. Die Kosten des Leihgerätes betragen derzeit zirka 360 Euro. Es sind unterschiedliche Finanzierungsarten, etwa Sonderverträge von Firmen mit den Krankenkassen oder Sanitätshäusern möglich.

## **Diät und Medikamente können entscheidend zur Konsistenzverbesserung des Stuhlgangs beitragen**

Diät und Medikamente können entscheidend zur Konsistenzverbesserung des Stuhlgangs und damit zu einem entscheidenden Teilaspekt der Inkontinenz-Therapie beitragen (H. Krammer, Medizinische Universitätsklinik Mannheim). An erster Stelle steht die Anamnese und der Ausschluß von Faktoren wie beispielsweise einer Lactose-Intoleranz, einer chologischen Diarrhoe, das Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, Laxantien-Abusus oder Nebenwirkungen von Medikamenten. Bei der Stuhlimpaktation – der parado-

xen Inkontinenz – hilft der Einsatz von Klistieren oder die Einnahme von Lactulose, Quellmitteln oder PEG-Lösung. Zur Konsistenz-Erhöhung werden Ballaststoffe empfohlen, die in der Hauptgruppe Faserstoffe (z. B. Weizenkleie) und Gelbildner (z. B. Flosamen) einschließen. Bei einem ähnlichen Wirkspektrum findet bei den Faserstoffen oft eine bakterielle Spaltung statt, die mit Gasentstehung einhergeht. Im Gegensatz dazu wirken Gelbildner ohne eine bakterielle Spaltung. Einer der potentesten Quellmittel ist das arabische Gummi, welches eine 50- bis 100-fache Volumenvermehrung erzielt. Neben der Wirkung bei Diarrhoe kann zur Konsistenzverbesserung mit Loperamid möglicherweise auch der anale Ruhedruck erhöht werden.

## **Neue Ansätze: Medikation mit Benzodiazepinen, Östrogenen, Antidepressiva und Vitamin B<sub>12</sub>**

Neue Ansätze zur Behandlung von Inkontinenz umfassen orale und topische Medikamente, die Injektionstherapie, die Irrigation und Tampons. H. Schmidt (Enddarmzentrum Mannheim) beschrieb die orale Medikation mit Benzodiazepinen, trizyklischen Antidepressiva, Östrogenen und Vitamin B<sub>12</sub>. Obwohl die Kontinenz-Scores bei den meisten Patienten unter einer solchen Therapie eine deutliche Besserung zeigten, sind die Wirkmechanismen nicht eindeutig geklärt; außerdem sind die Fallzahlen der untersuchten Patienten zu klein für einen standardisierten Einsatz. Die topische Applikation von Phenylephrin führte zwar zu einer subjektiven Beschwerdebesserung, zeigte jedoch keinerlei objektive

Veränderungen. Die lokale Injektion schließt natürliche (autologes Fett) und synthetische Materialien ein (Teflon, expandierbare Mikroballons, Silikon). Bei ermutigenden Kontinenzscore-Verbesserungen liegen hier allerdings aufgrund der kleinen Patientenzahlen noch keine Langzeitergebnisse vor. Die anterograde und retrograde Irrigation sind bei erhöhtem Zeitaufwand und mäßiger Verträglichkeit wenig verbreitet. Der Gebrauch von Analtamppons in variablen Formen und Größen wird von der Mehrzahl der Patienten als dauerhaft wenig praktikabel angesehen – wobei sich inzwischen differenziertere Tampons in der Erprobung befinden. Insgesamt fehlen prospektive randomisierte Studien mit repräsentativen Fallzahlen zur Beurteilung dieser Verfahren.

## **Sphinkter-Rekonstruktion: Erfolgsaussichten im Mittel bei 60 bis 70 Prozent**

Beim Vorliegen eines Sphinkterdefekts schließt die operative Behandlung eine Sphinkter-Rekonstruktion ein (Th. Hager, Frankenwaldklinik Kronach). Dies beinhaltet eine Direktnaht der dehiszenten Muskulatur. Die Erfolgsaussichten betragen im Mittel 60 bis 70 Prozent und sind am aussichtsreichsten bei Zustand nach Trauma oder Unfall; neurogene Begleitschäden verschlechtern die Prognose. Bei einer Inkontinenz wegen Fistelleiden sind die Operationserfolge abhängig von der Vernarbung und dem Ausmaß der Voreingriffe. Im Falle einer Inkontinenz ohne Muskel-Defekt besteht die Möglichkeit einer Sphinkter-Raffung ventral (pre-anal repair), dorsal (post-anal repair) oder kombi-

niert (total-pelvic floor repair) (G. Kolbert, Enddarmzentrum Mannheim). Bei variablen postoperativen Ergebnissen der ventralen und dorsalen Raffung liegen die Langzeit-Erfolge nach fünf Jahren bei 20 bis 30 Prozent. Die kombinierte Operation wird jedoch nur von wenigen Arbeitsgruppen durchgeführt. Auf Grund der eher mäßigen Langzeitergebnisse sind diese Methoden in den vergangenen Jahren deutlich rückläufig. Ein Sphinkter-Ersatz im Sinne einer Augmentation kann bei Patienten nach erfolgloser Sphinkter-OP, bei idiopathischer Inkontinenz oder Analatresie erwogen werden (R. Ruppert, Abteilung für Enddarmchirurgie, Krankenhaus München-Neuperlach). Der künstliche Schließmuskel (artificial bowel sphincter) als perianales Implantationssets kann bei korrektem Sitz eine befriedigende Kontinenz (50–70 %) erzielen. Eine hohe Komplikationsrate von 40 bis 50 Prozent (z. B.

Infekt 25 %) bedingen die Explantationsrate von 37 Prozent. Als Kontraindikationen werden beispielsweise Adipositas, Immunschwäche und Zustand nach einer Radio-Chemotherapie angesehen.

**Sphinkter-Ersatz  
Verfahren erfordern  
intensive ärztliche  
Betreuung und sind mit  
hohen Kosten verknüpft**

Die Grundlage der dynamischen Gracilis-Plastik ist eine Umwandlung der schnellen, rasch erschöpfbaren Typ II-Muskelfasern in langsame, ausdauernde Typ I-Fasern durch Dauer-Elektrostimulation des Musculus gracilis. Damit sollen Eigenschaften eines dauertonisierten Sphinkters erreicht werden. Beide o. g. Verfahren des Sphinkter-Ersatzes sind mit hohen Kosten verbunden. Weiterhin ist eine verlässliche Patienten-Compliance bei intensiver ärztlicher Betreuung und technischem Verständnis erforderlich, häufig kombiniert mit zusätzlichen konservativen Therapie-Strategien.

Die direkte Sakralnervenstimulation hat die Aktivierung der Restfunktion bei schwerer idiopathischer oder neurogener Inkontinenz, morphologisch jedoch intakter Sphinkter-Anatomie zur Grundlage (K. Matzel, Chirurgische Universitätsklinik Erlangen). Der endgültigen Implantation des Impulsgebers geht zunächst eine



Geräte für das Secca-Verfahren.

Elektrostimulation der Nerven S2–4 voraus, um die Existenz neuromuskulärer Verbindungen am Zielorgan zu testen. Eine Restwillkürfunktion und intakte Reflex-Sphinkterfunktion sind ebenfalls notwendig. Die in nur wenigen spezialisierten Zentren angewandte Methode hat eine Erfolgsquote von bis zu 85 Prozent mit deutlicher Verbesserung der Lebensqualität. Die Kosten nur für den Generator belaufen sich auf zirka 8000 Euro.

**Neue Hochfrequenz-  
Energie-Verfahren  
verbessern Sphinkter-  
funktion durch  
Gewebeschrumpfung**

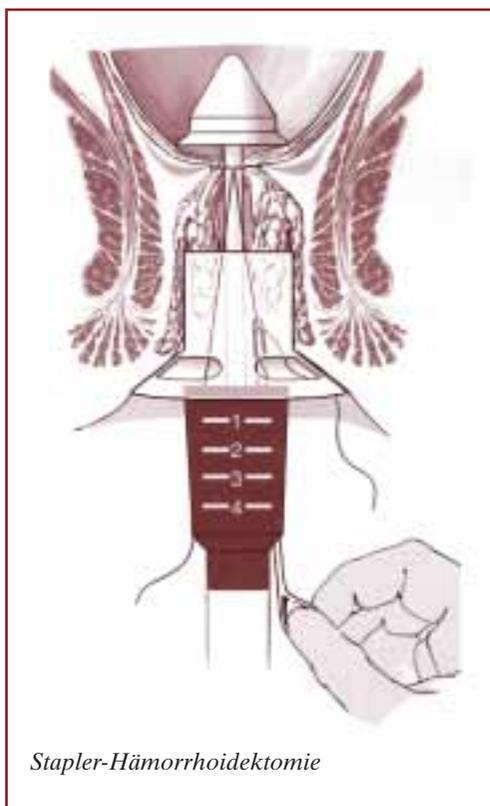
Als potentielle zukünftige Therapie-Alternative wurde das neue Hochfrequenz-Energie-Verfahren (Secca) zur Behandlung der fäkalen Inkontinenz vorgestellt (A. Herold, Enddarmzentrum Mannheim). Nach impedanzkontrollierter Platzierung der zirkulären Sondenspitzen oberhalb des sensiblen Analkanals unter die Rektum-Schleimhaut werden diese mittels elektromagnetischer Temperatur-Regelung erhitzt. Dabei kommt es zu einer Kollagenmodulation des Gewebes mit Schrumpfungerscheinungen und durch verbessertem Sphinkterschluß. Bei den bislang untersuchten – allerdings kleinen – Fall-

zahlen zeichnet sich eine Verbesserung der Sphinkterfunktion ab. Das Secca-Verfahren ist eine neue minimal-invasive Operationstechnik zur Behandlung der analen Inkontinenz mit bisher erstaunlich positiven ersten Erfahrungen. Da bisher lediglich drei Studien vorliegen, ist eine entgeltliche Beurteilung derzeit noch nicht möglich.

Als Ultima ratio kommt bei therapie-refraktärer Inkontinenz die Anlage eines vorübergehenden oder dauerhaften Stomas in Frage (Th. Schiedeck, Klinik für Chirurgie, Universitätsklinikum Lübeck). Somit kann auch eine oft erschwerte begleitende Wundheilung im Perianal- und/oder Sakrumbereich erreicht werden. Neben der pflegerischen Komponente steht die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten im Vordergrund. Entscheidend für die Patienten-Zufriedenheit ist bei der Stoma-Anlage die korrekte Platzierung und die damit verbundene Stoma-Versorgung. Hierzu stehen eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Behebung von Geruchsbelästigungen (z. B. Kohlefilter), einer vereinfachten Versorgung und Irrigationssystemen zur Verfügung.

In einer abschließenden Podiumsdiskussion wurden aktuelle problemadaptierte Fälle aus der Praxis diskutiert. Das Update 2002 schloß mit einer Zusammenfassung von S. Post (Universitätsklinikum Mannheim). Eine Fortsetzung der Update-Serie findet am 25. Oktober 2003 zum Thema „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ statt. ◀

Dr. med. K. Suchan  
Chirurgische Klinik  
Universitätsklinikum Mannheim



Stapler-Hämorrhoidektomie