

Artikelreihe der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie

# Einblicke

Unter dem Titel „Einblicke“ möchte unsere Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie einen Blick hinter die Kulissen gewähren. Im Rahmen einer lockeren Artikelreihe werden die häufigsten Krankheitsbilder der „Organchirurgie“ vorgestellt.

## Proktologische Erkrankungen

# Verstopfung und Stuhlinkontinenz

### Verstopfung

#### Grundlagen und Beschwerden

Bei der Verstopfung (Obstipation) handelt es sich um ein Symptom, das in sehr unterschiedlicher Art und Weise als störend bis hin zu quälend empfunden wird. Es gibt keine allgemeingültige Häufigkeit, wie oft man Stuhlgang absetzen muss, da dies individuell sehr unterschiedlich ist. Der Begriff der Verstopfung beschreibt nur die Unfähigkeit, Stuhlgang in subjektiv ausreichender Menge und Häufigkeit abzusetzen. Es gibt jedoch Kriterien, die für eine krankhafte Verstopfung sprechen, wenn innerhalb der letzten 12 Monate in drei Monaten mindestens zwei oder mehr der folgenden Kriterien auftreten:

- Weniger als 3 x pro Woche Stuhlgang
- Starkes Pressen beim Stuhlgang
- Sehr harter Stuhl
- Gefühl der unvollständigen Entleerung
- Gefühl der Blockierung im Analkanal/Mastdarm
- Unterstützung des Stuhlganges mit der Hand (Druck auf den Damm oder Ausräumen des Enddarmes)

Die Auswirkungen auf das körperliche und seelische Befinden können erheblich sein. Es kann zu Völlegefühl und Unwohlsein kommen. Ähnlich wie bei der Stuhlinkontinenz trauen sich viele Patienten nicht, sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Dies führt häufig zu einer Selbstverordnung von Abführmitteln, die bei dauerhaftem Gebrauch wiederum zu einem „Lahmlegen“ der Darmtätigkeit führen kann.

Das Symptom der Verstopfung ist bei uns weit verbreitet (ca. 20 % der Bevölkerung). Häufig lässt sich das Problem allein durch eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten (ballaststoffreiche Ernährung) bereits beheben. Daneben gibt es eine Viel-

zahl nichtoperativer (=konservativer) und operativer Behandlungsmöglichkeiten. Grundlage hierfür ist ein ausführliches Gespräch über die Beschwerdesymptomatik (Anamnese) sowie eine sorgfältige körperliche und auch apparative Untersuchung. Zur Abschätzung der Schwere der Erkrankung gibt es sogenannte scores, die Diagnose und Therapieplanung unterstützen. In unserer Klinik verwenden wir den auf dieser Seite abgebildeten Obstipations-Score.

#### Ursachen

Es gibt eine große Anzahl von Ursachen für die Entwicklung einer Obstipation:

- Eine „funktionelle“ Verstopfung – hier liegt die Ursache außerhalb des Dick- und Mastdarmes – kann z.B. durch Medikamente, ballaststoffarme Ernährung, mangelnde körperliche Bewegung, Erkrankungen des Nervensystems, eine Geschwulst, Diabetes mellitus, eine Unterfunktion der Schilddrüse und andere hormonelle Erkrankungen hervorgerufen werden.

- Eine gestörte Transportfunktion des Darmes kann ihre Ursache in einer fehlerhaften nervlichen Versorgung des Darmes haben.

- Entleerungsstörungen mit Ursachen im Beckenboden, Dickdarm oder Mastdarm sind z.B. die Einstülpung oder Aussackung des Mastdarmes als Folge einer gestörten Entleerung, eine Analfissur, muskuläre Erkrankungen im Beckenbodenbereich oder Geschwulste.

Wichtig zu unterscheiden ist es, ob die Ursache in einer gestörten Beweglichkeit des Dickdarmes oder in einer mangelhaften Funktion des Mastdarmes liegt. Die Unterscheidung dieser beiden Verstopfungsformen gelingt in den meisten Fällen anhand des Obstipationsscores und der apparativen Untersuchungen.

#### Untersuchungen

- An erster Stelle steht das ausführliche Gespräch über den Symptomverlauf und die Lebensgewohnheiten (Anamnese).
- In Abhängigkeit der Anamnese und der körperlichen Untersuchung (Bauch, After, Austasten des Enddarmes mit dem Finger), sollten dann eine Spiegelung des Analkanals (Proktoskopie) und des Enddarmes (Rektoskopie) oder eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt werden. Die Spiegelung des Analkanals, des Enddarmes und des gesamten Dickdarms gehören dabei zu den wichtigsten gerätetechnischen Untersuchungsverfahren bei Obstipation. Eine Vorbereitung ist vor einer Proktoskopie nicht notwendig. Vor einer Spiegelung des Mastdarmes muss ein Klistier (kurz vor der Untersuchung) gegeben werden. Vor einer Spiegelung des gesamten Darmes muss eine Reinigung des gesamten Dick- und Enddarmes am Vortag der Untersuchung durch Trinken von Spülflüssigkeit erfolgen.

### Cleveland Clinic Obstipations-Score

Wie oft hatten Sie in den letzten Wochen Stuhlgang?	alle 1-2 Tage	2x pro Woche	1x pro Woche	seltener als 1x pro Woche	seltener als 1x pro Monat
Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Haben Sie ein Gefühl der unvollständigen Entleerung?	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Haben Sie Bauchschmerzen?	nie	selten	manchmal	häufig	immer
Wieviel Zeit brauchen Sie auf der Toilette?	weniger als 5 Min.	5 - 10 Min.	10 - 20 Min.	20 - 30 Min.	mehr als 30 Min.
Müssen Sie Ihre Stuhlentleerung unterstützen?	nein	Abführmittel	Klistier, Einlauf o.ä.		
Wie oft gehen Sie pro Tag ohne Erfolg zur Toilette?	nie	1-3 Mal	3-6 Mal	6-9 Mal	mehr als 9 Mal
Wie lange leiden Sie schon an chronischer Verstopfung?	weniger als 1 Jahr	1 - 5 Jahre	5 - 10 Jahre	10 - 20 Jahre	mehr als 20 Jahre
	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte

Auswertung: je mehr Punkte in der Addition, desto schwerer die Obstipation.

- Gegebenenfalls ist eine Röntgenuntersuchung der Stuhlentleerung mit Kontrastmittel (Defäkographie) angezeigt. Diese Untersuchung wird stationär in der Röntgenabteilung unseres Hauses durchgeführt. Durch sie können Lageveränderungen der gesamten Beckenorgane (Scheide, Blase, Darm) während des Stuhlganges dargestellt werden, da Kontrastmittel in den Enddarm, die Scheide und die Blase gegeben werden. Es erfolgt dann die Röntgenuntersuchung während der Entleerung des Enddarmes.
- Evt. ist auch eine Bestimmung der Dickdarm-Passagezeit („colon transit Bestimmung, Hinton-Test“) hilfreich. Dabei werden 6 Tage lang röntgendichte Kapseln vom Patienten eingenommen. Sie sind harmlos und haben keine Nebenwirkungen. Am 7. Tag nach Beginn der Einnahme erfolgt die (ambulante) Durchführung einer wenig strahlenbelastenden Röntgenaufnahme des Bauchraumes. Da die Kapseln durch die Röntgenaufnahme an bestimmten Lokalisationen sichtbar gemacht werden können, lässt sich schlussfolgern, ob die Transportfunktion des Dickdarmes regelrecht ist.
- Gegebenenfalls kommt auch eine gynäkologische Untersuchung in Betracht. Mit diesen Untersuchungen können viele Ursachen der Obstipation gefunden werden, allerdings kann die Ursache auch unklar bleiben. Die Durchführung der Untersuchungen erfolgt oftmals in mehreren Schritten. Ob und wann welche Untersuchung durchgeführt werden sollte, muss nach und nach entschieden werden. Sowohl Patient als auch Arzt brauchen manchmal Geduld zum Herausfiltern der Ursache.

**Konservative Therapie**

Ergibt sich nach Durchführung der genannten Untersuchungen keine operative zu behandelnde Ursache für die Obstipation, stehen unterschiedliche nichtoperative (konservative) Therapieverfahren zur Verfügung:

- Einweichen des Stuhles. Hier spielen Maßnahmen in der Ernährungsumstel-

lung eine wesentliche Rolle. Ziel ist es, den Stuhlgang breiiger zu formen, was durch ballstoffreiche Ernährung und Zufuhr hoher Flüssigkeitsmengen erreicht werden kann.

- Körperliche Betätigung
- Änderung bzw. Ergänzung vorbestehender Medikamente. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Internisten, Neurologen, ggfls. auch Gynäkologen und Urologen.
- Biofeedback-Training. Ziel dieser Maßnahme ist es, durch apparative Rückkoppelung zu erlernen, den Schließmuskel gezielt und richtig anzuwenden. Dies erfolgt mittels einer technischen Vorrichtung, in die sie sorgfältig eingewiesen werden und die einfach zu Hause anzuwenden ist.

**Operative Therapie**

Findet sich eine für die Verstopfung verantwortliche Ursache, die mittels einer Operation beseitigt werden kann oder muss, sollte sie auch durchgeführt werden. Dabei kommen eine ganze Reihe von Möglichkeiten zum Tragen:

- Raffung/Entfernung von überschüssigen Mastdarmanteilen bei Aussackung bzw. Ausstülpung des Mastdarmes vom Analkanal her mittels einer minimal-invasiven Operation („STARR-OP“ - siehe Abbildung oben). Dabei wird durch den

Analkanal mit einem Gerät eine Manschette des Mastdarmes entfernt. Nach der Operation treten kaum Schmerzen auf, allerdings dauert es manchmal einige Wochen, bis sich die Stuhlgewohnheiten ändern.

- In einigen Fällen kommt die minimal-invasive Entfernung von Dickdarmanteilen durch Bauchspiegelung (Laparoskopie) zum Zuge, und zwar, wenn verlängerte („überschüssige“) Dickdarmanteile als ursächlich für die Verstopfung angesehen werden.
- Besteht eine schwerwiegende Störung der Transportfunktion des Dickdarmes, kann es vonnöten sein, den gesamten Dickdarm minimalinvasiv oder mittels Bauchschnitt zu entfernen (Kolektomie). Ob, und wenn ja welche operative Methode durchgeführt werden muss, ergibt sich im Verlauf der Diagnosefindung und ausführlichen Besprechung.

**Stuhlinkontinenz**

**Grundlagen und Beschwerden**

Die Unfähigkeit, willentlich Darmgase, flüssigen oder geformten Stuhl voneinander zu unterscheiden, zu halten oder unter Kontrolle willkürlich abzusetzen, bezeichnet man als Stuhlinkontinenz. Dabei unterscheidet man drei Schweregrade:

- I° Unwillkürlicher Abgang von Luft oder Schleim
- II° Unfähigkeit, flüssigen Stuhl willentlich zu halten
- III° Unfähigkeit, festen Stuhl willentlich zu halten

Die Auswirkungen der Stuhlinkontinenz können das gesellschaftliche und berufliche Leben erheblich einschränken und zu einer schlechten Lebensqualität führen, je nach Ausprägung und persönlichem Emp-

**CACP-Kontinenz-Score**

Wie oft hatten Sie in den letzten 2 Wochen Stuhlgang?	1-2 / Tag 2	3-5 / Tag 1	mehr als 5 0		
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl überwiegend?	geformt 2	breiig 1	flüssig 0		
Verspüren Sie Stuhldrang?	gut 2	schlecht 1	nicht 0		
Können Sie Winde, flüssigen und festen Stuhl unterscheiden?	gut 2	schlecht 1	nicht 0		
Wie rasch müssen Sie nach Stuhldrang zur Toilette?	Minuten 2	Sekunden 1	sofort 0		
Wie oft finden Sie Stuhl in Ihrer Unterwäsche?	nie 4	1-2 / Monat 3	1-2 / Woche 2	> 3 / Woche 1	jeden Tag 0
Wie oft finden Sie die Unterwäsche verschmiert? (so g. Bremsspuren)?	nie 2	gelegentlich 1	regelmäßig 0		
Nehmen Sie Medikamente/Diät, um den Stuhl zu beeinflussen, z. B. einzudicken?	ja -1	nein 0			

Interpretation: 0-6 vollständig inkontinent • 7-12 teilweise inkontinent • 13-16 kontinent

finden. Problematisch dabei ist, dass viele Patienten sich nicht trauen, sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen, da ihnen ihr Problem ausgesprochen peinlich ist. Dabei ist dieses Problem häufig (ca. 20% der Erwachsenen!) und keineswegs betrifft es nur alte Menschen. Auch gibt es keinen Grund, sich über viele Jahre unbehandelt zu quälen, da es gute Behandlungsmöglichkeiten gibt. Zusätzlich zur genannten groben Einteilung in drei Schweregrade gibt es scores, durch die eine detaillierte Darstellung der Beschwerden möglich ist. Sie helfen bei der Erfassung der Symptome und auch bei der Therapieplanung (siehe Tabelle CAPD-Kontinenz-Score auf der vorherigen Seite).

### Ursachen

Es gibt eine große Anzahl von Ursachen für die Entwicklung einer Stuhlinkontinenz. Die Fähigkeit, den Stuhl zu halten und der Wunsch zu entleeren ist angewiesen auf ein funktionierendes System mit

- gesundem Schließmuskel
  - gesundem Beckenboden
  - gesundem Nervensystem
  - gesundem Mastdarm und Dickdarm
- Tritt in einem oder mehreren dieser Systeme eine Störung auf, kann dies zur Inkontinenz führen. Diese Störungen können wiederum vielfältiger Natur sein:
- Medikamente
  - Diabetes mellitus
  - Zustand nach Schlaganfall
  - Multiple Sklerose
  - Vorausgegangene Operationen im Analbereich, Damm, am Mastdarm oder an der Prostata
  - Vorausgegangene Bestrahlungen im Beckenbereich
  - Geschwulste
  - Entzündungen im Mastdarm-/Afterbereich
  - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (z. B. M. Crohn, Colitis ulcerosa)
  - Hämorrhoiden
  - Enddarmvorfall
  - Schließmuskelverletzungen (v. a. nach Entbindung)

### Untersuchungen

Weisen die geäußerten Beschwerden auf eine Stuhlinkontinenz hin, sollten folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- Sorgfältige körperliche Untersuchung
- Proktoskopie und Rektoskopie
- Darmspiegelung

- Ultraschalluntersuchung des Schließmuskels
- In seltenen Fällen Analkanometrie
- Gegebenenfalls Defäkographie
- Gegebenenfalls neurologische Untersuchung mit elektrischer Untersuchung der Schließmuskulatur (Beckenboden-EMG)
- Gegebenenfalls gynäkologische bzw. urologische Untersuchung

### Konservative Therapie

- Eindicken des Stuhles
- Änderung / Ergänzung vorbestehender Medikamente
- Beckenbodentraining
- Biofeedback-Training

### Operative Therapie

- Reparatur von Sphinkterschäden mittels Naht
- Raffung /Entfernung von Enddarmanteilen bei einem Rektumvorfall transanal mit der STARR-OP, OP nach Altemeyer oder durch laparoskopische Resektionsverfahren
- Hämorrhoidenoperation (Hämorrhoidopexie nach Longo). Hierbei handelt es sich um eine effiziente und schmerzlose Operation, durch die vorgefallene Hämorrhoiden „hochgerafft“ werden.
- Entfernung von Dickdarm durch Bauchspiegelung (Laparoskopie“)
- Sakrale Nervenstimulation (SNS)
- Einsetzen eines künstlichen Schließmuskels: eigene Oberschenkelmuskulatur oder eine Kunststoffprothese werden als Ersatz für nicht anders zu reparierende Schließmuskelschäden verwendet.

## Weitere Infos

Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie



Oberärztin  
Dr. Ellen Welsing



Klinikdirektor Prof.  
Dr. Christopher Kelm

Telefon: 02351/46-3061

Mail: christopher.kelm@klinikum-luedenscheid.de