

**STUHLINKONTINENZ UND
OBSTRUKTIVES
DEFÄKATIONSSYNDROM
EINE INTERDISZIPLINÄRE
AUFGABE**

**DR.HAGEN BRUDER
FA CHIRURGIE-KOLOPROKTOLOGIE
CHIRURGISCHE PRAXIS UND TAGESKLINIK
DRESDEN**

**5-6 MILLIONEN
BUNDESBÜRGER
LEIDEN AN
INKONTINENZERSCHEINUNGEN**

**10-20 %
DER BUNDESBÜRGER
BEZEICHNEN SICH ALS
VERSTOPFT**

A close-up photograph of human skin, showing a mole or nevus in the center. The skin has a yellowish-green hue, possibly due to lighting or a filter. The mole is a raised, irregularly shaped lesion with a darker, brownish center. The surrounding skin shows fine lines and wrinkles.

ABER

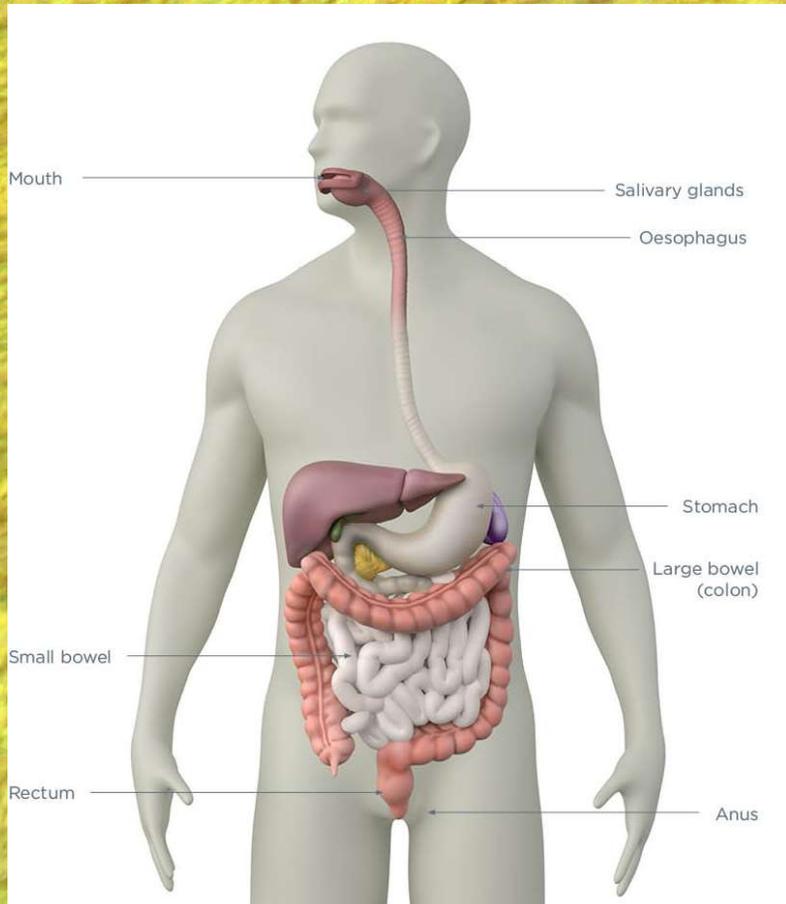
60 % VERSCHWEIGEN IHR LEIDEN

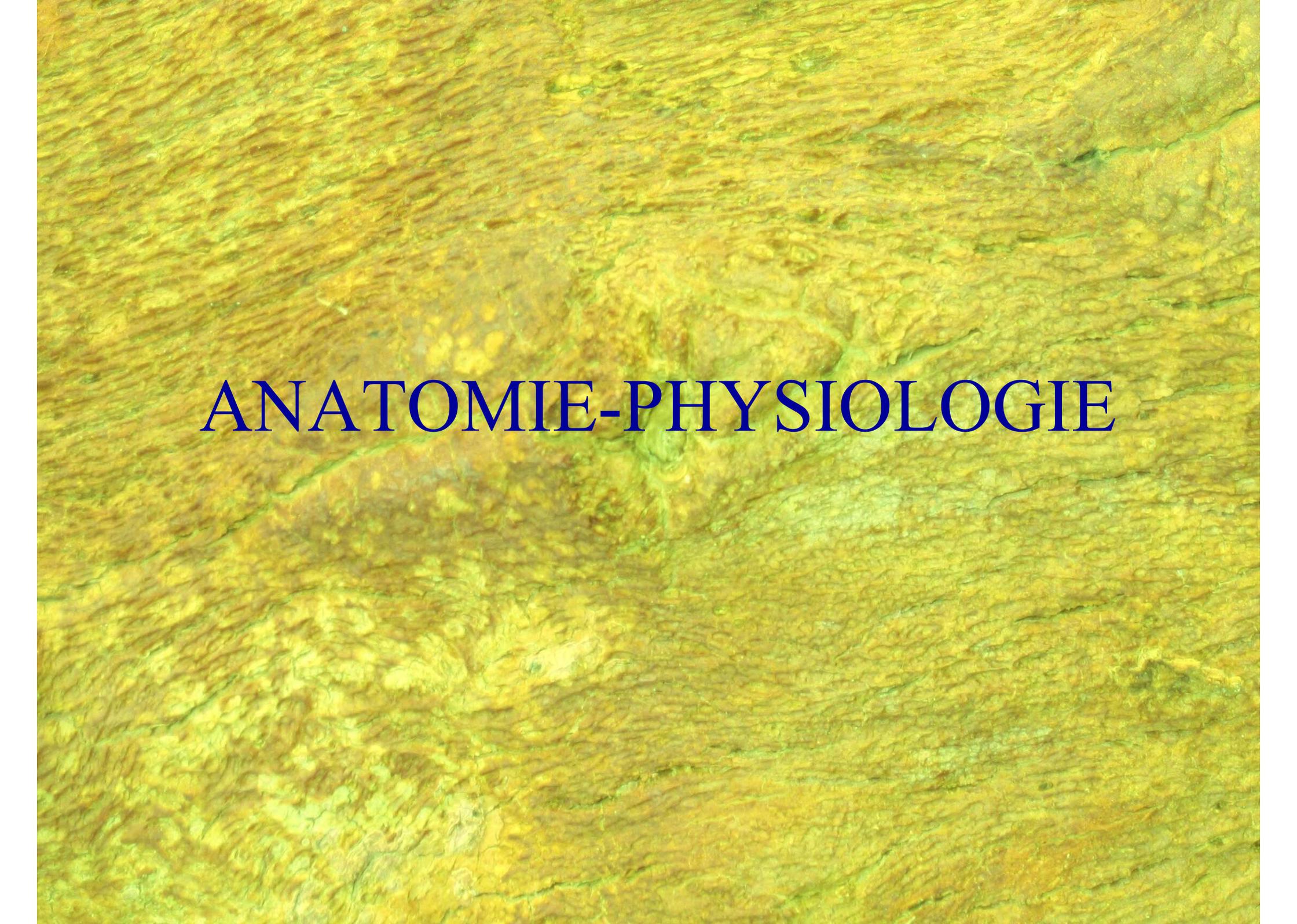
INKONTINENZ UND OBSTIPATION

SCHLIESST SICH DAS NICHT AUS

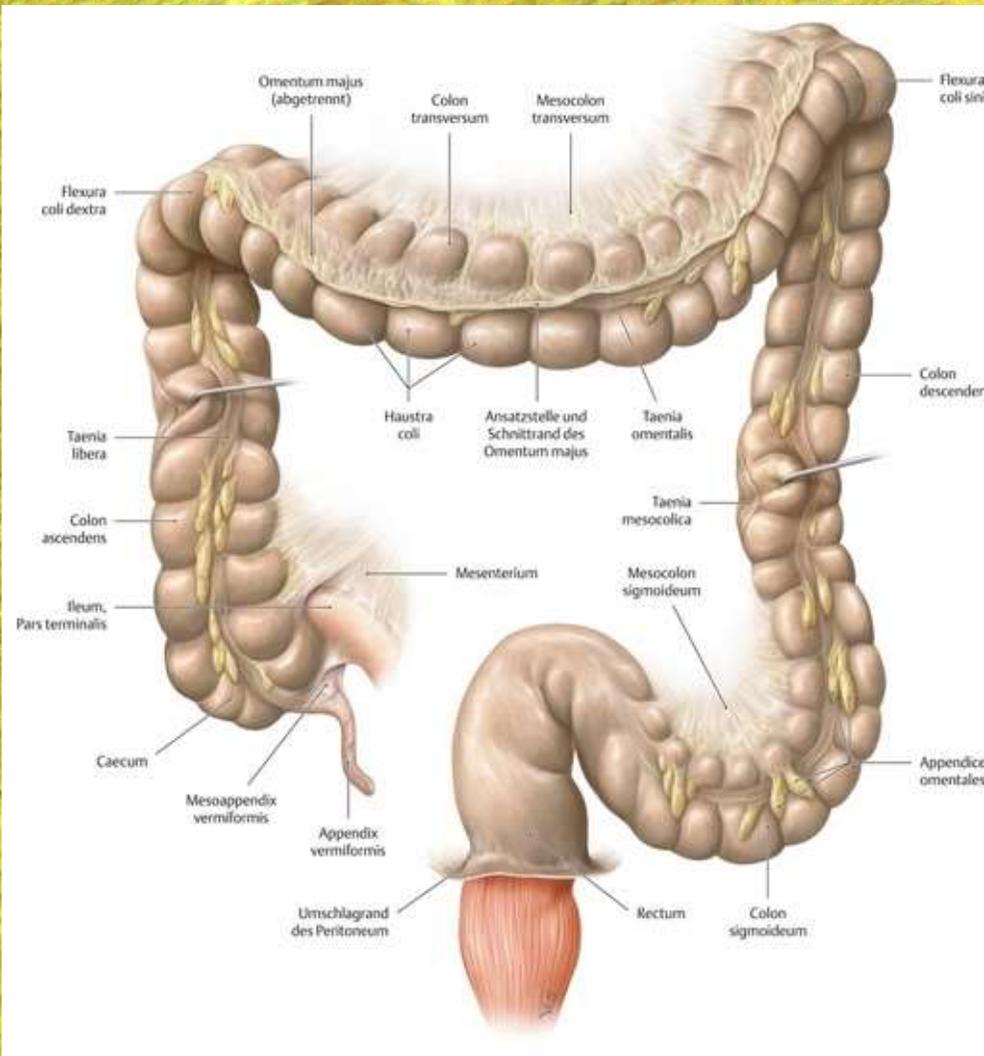
?

VERDAUUNG

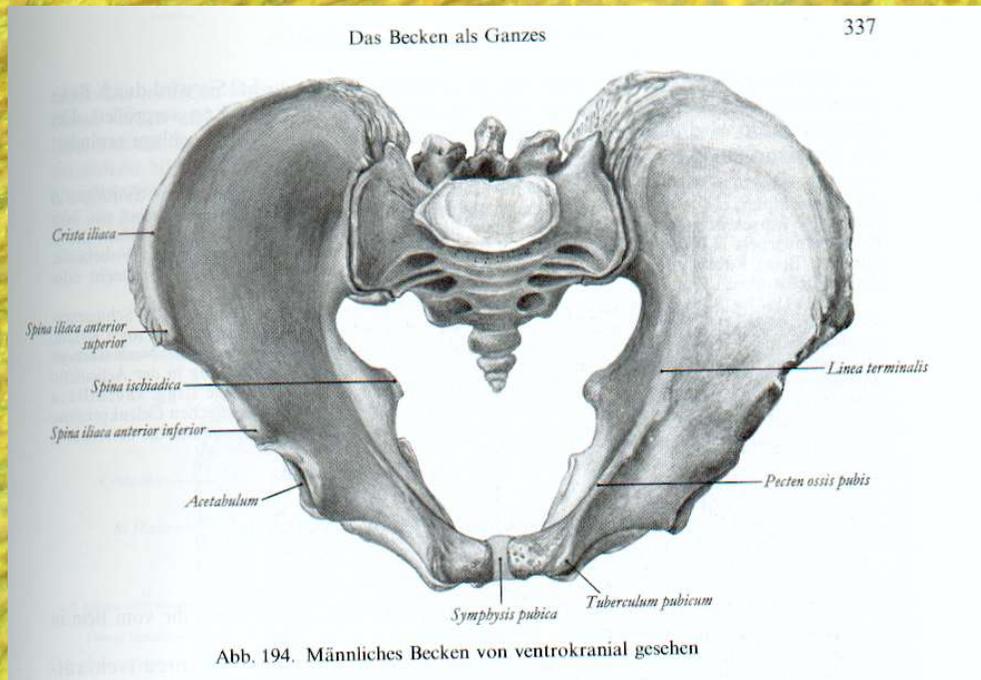




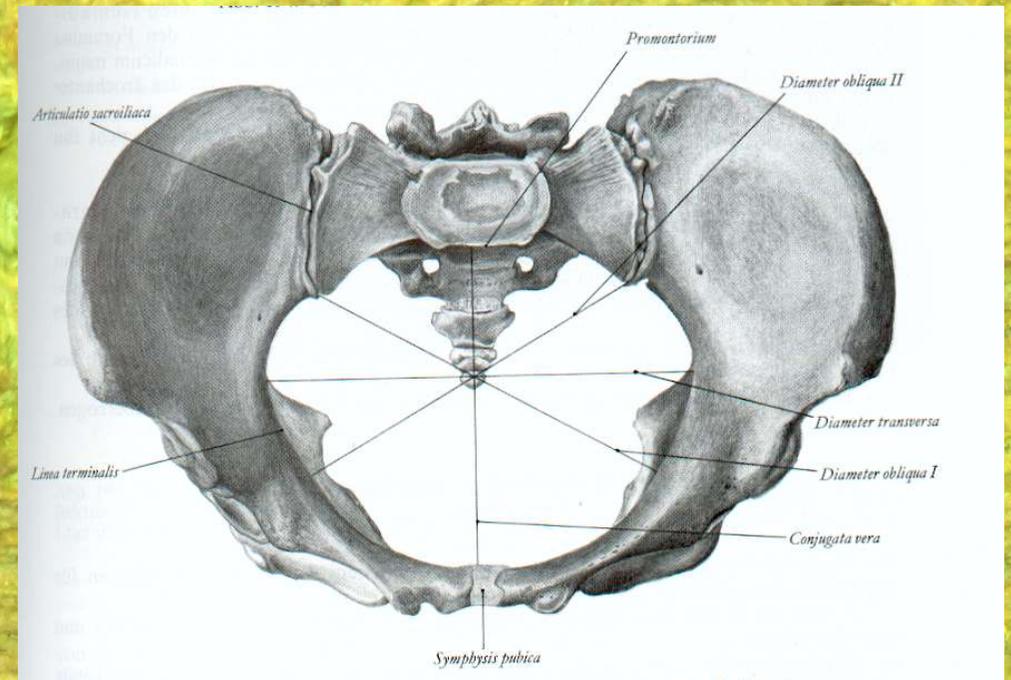
ANATOMIE-PHYSIOLOGIE



KNÖCHERNES BECKEN

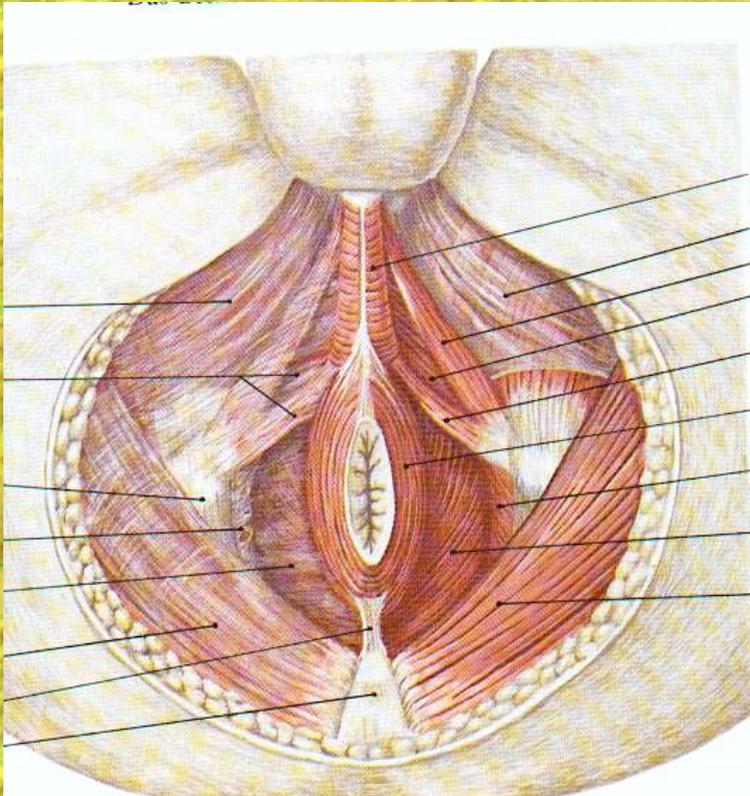


MANN

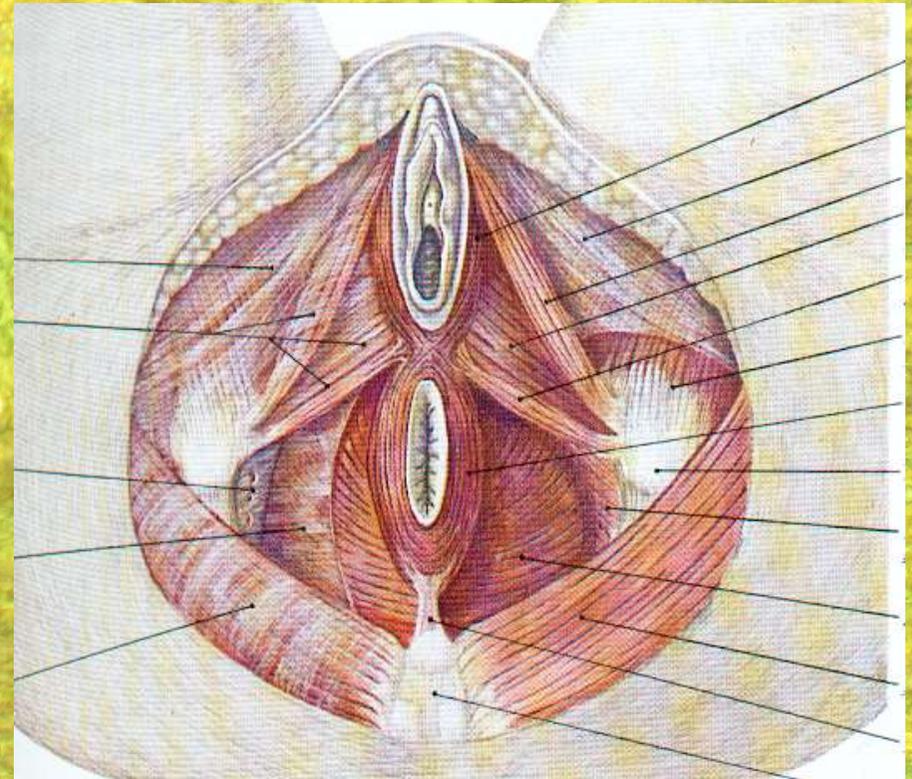


FRAU

BECKENBODENANATOMIE

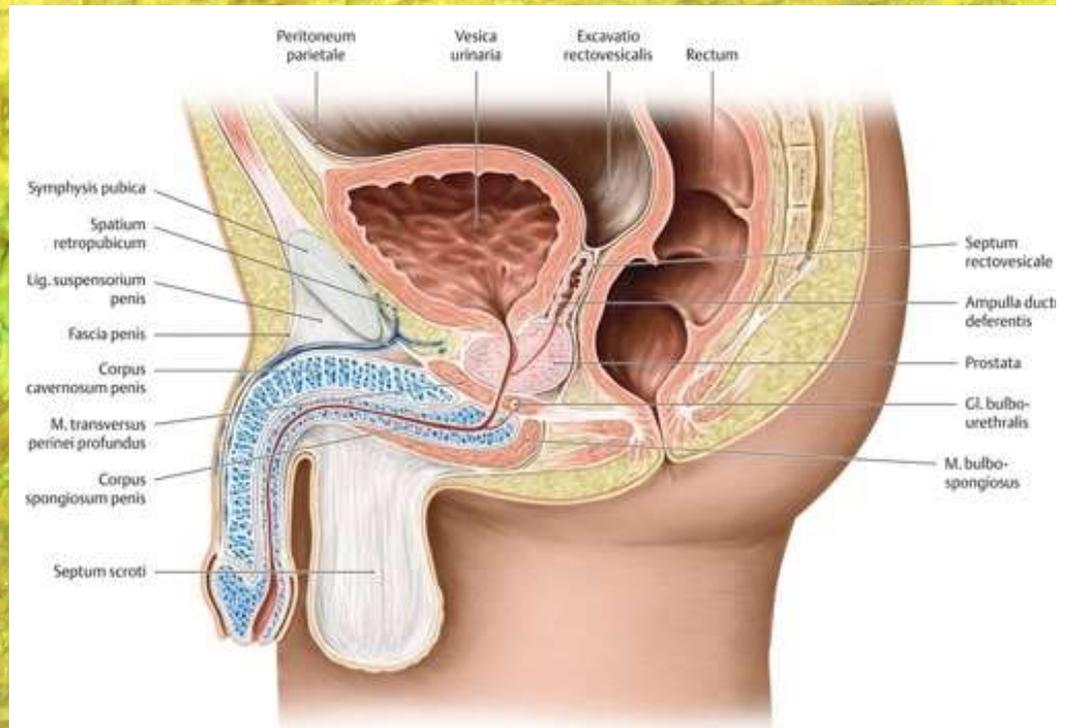
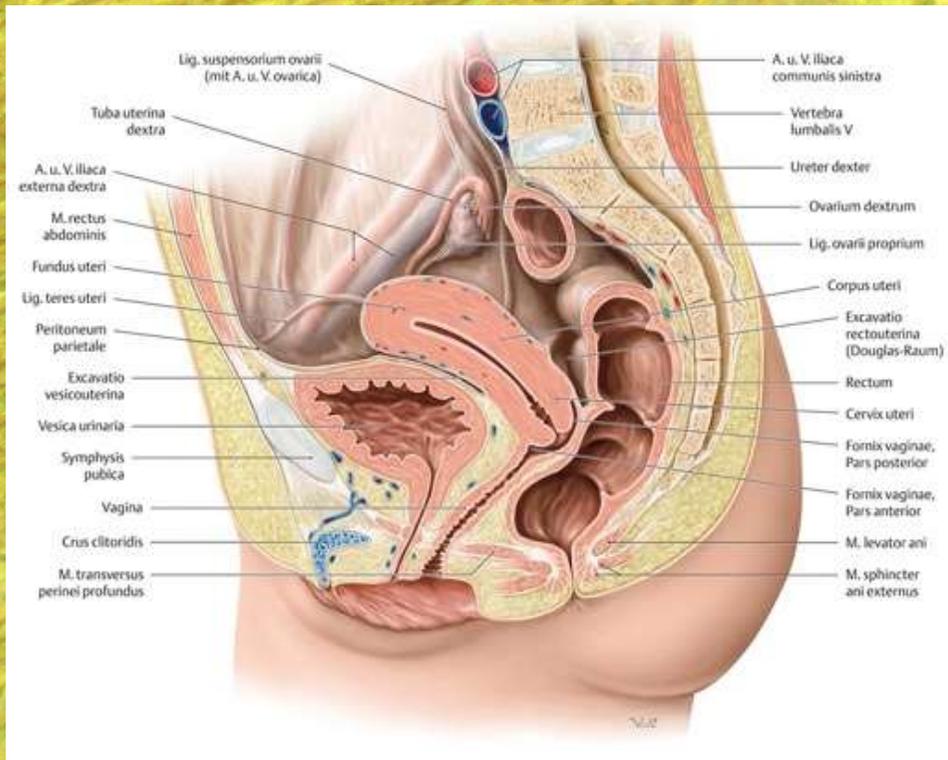


MANN

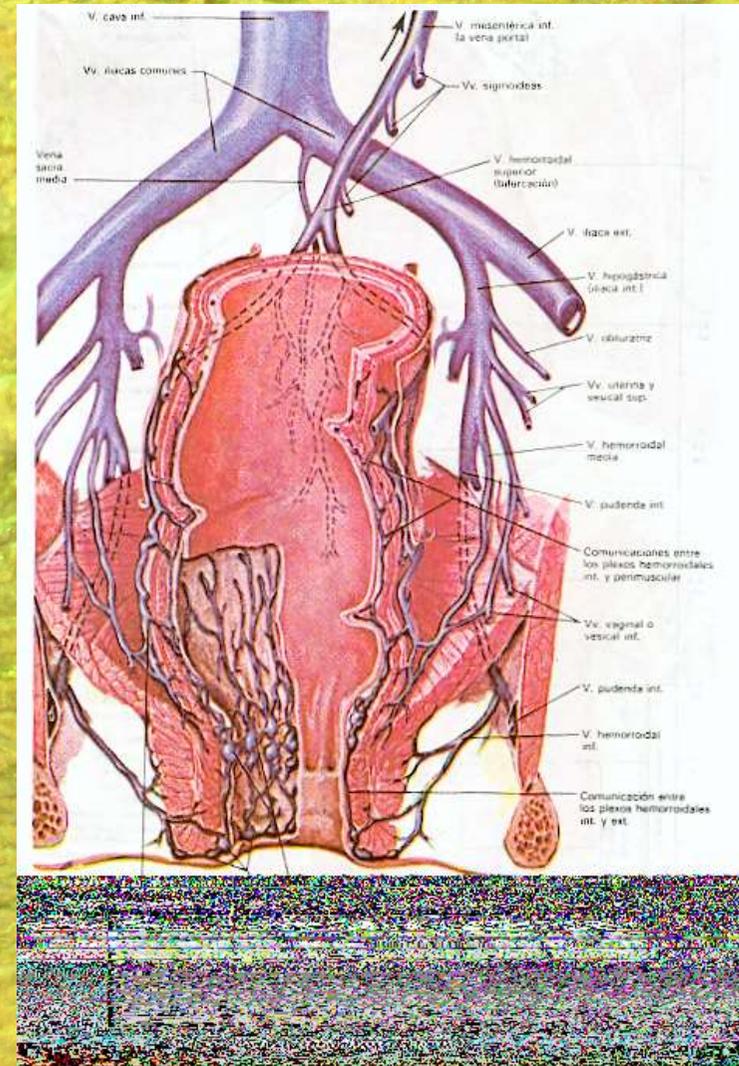
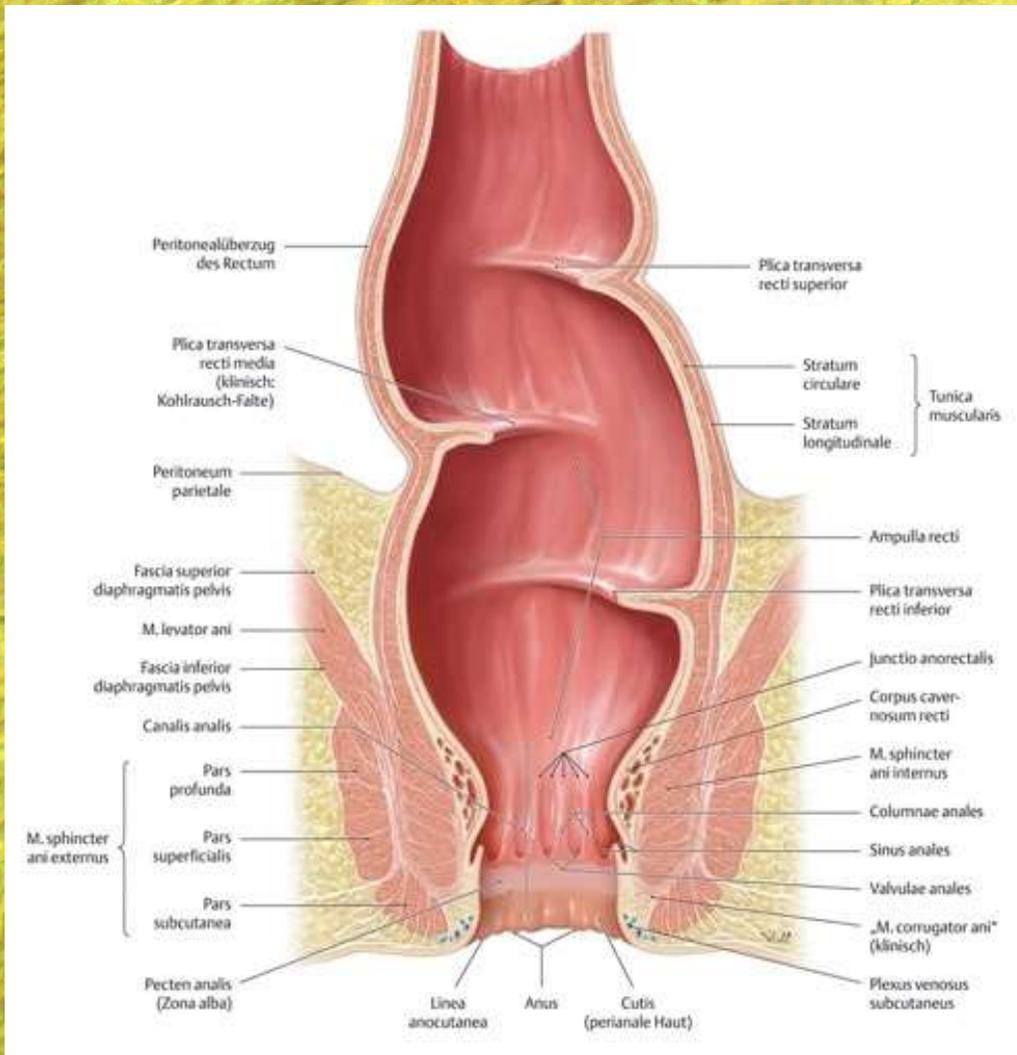


FRAU

Beckenanatomie



ANATOMIE ANALKANAL

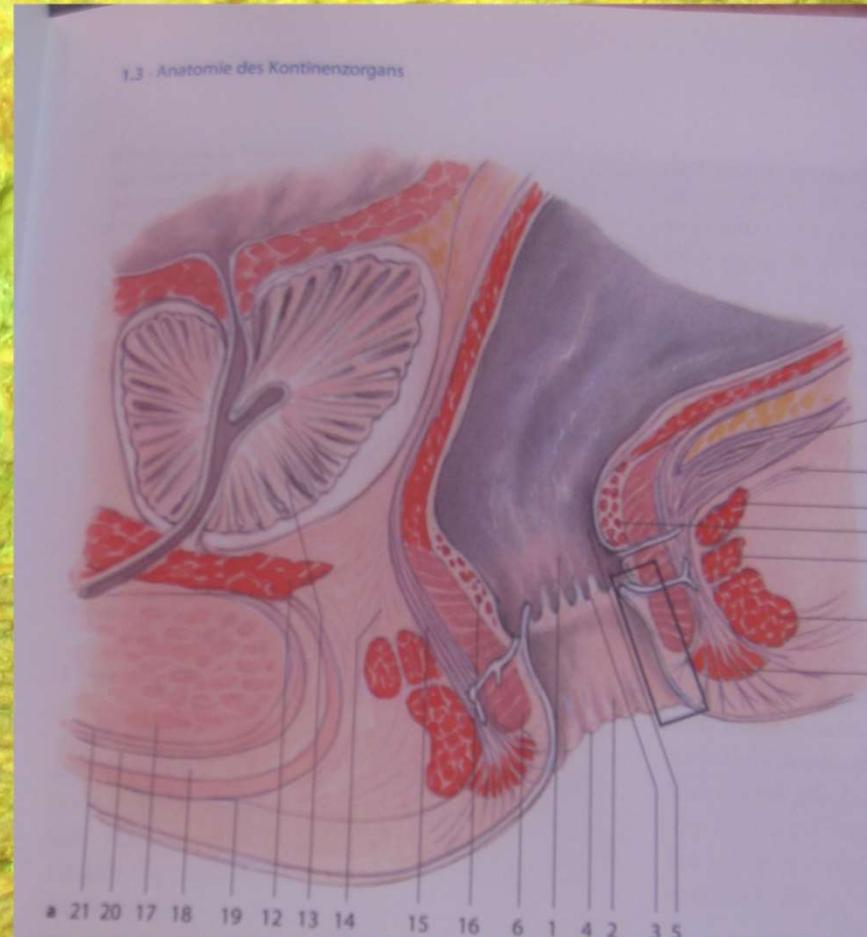


VERSCHLUSSFUNKTION

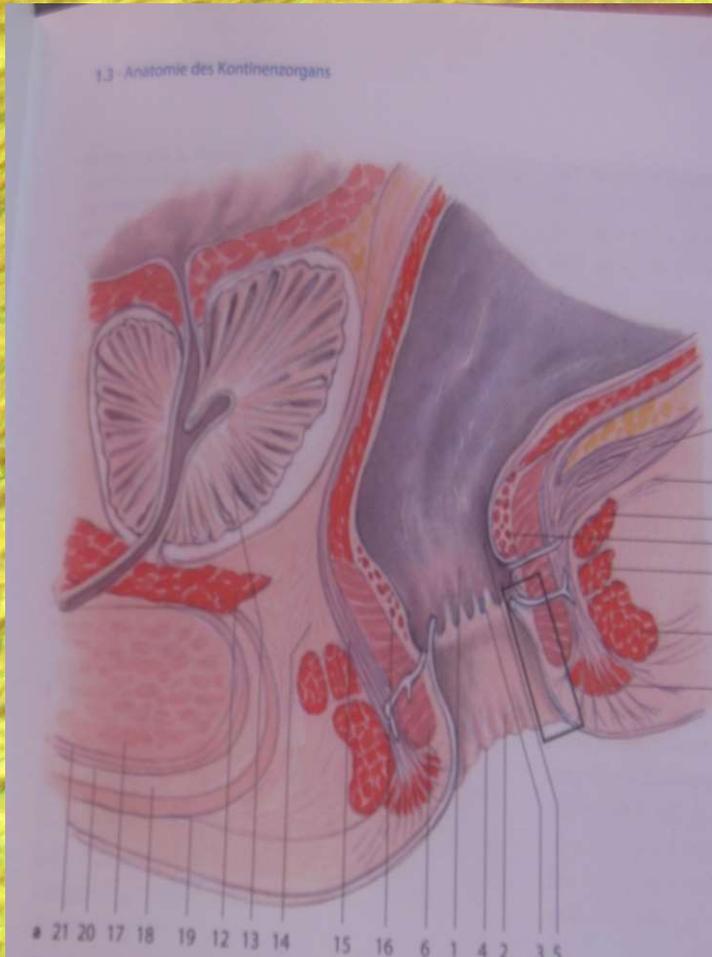
- DER VERSCHLUSS DES AFTERS WIRD DURCH DAS ZUSAMMENSPIEL DES BECKENBODENS MIT DEM SCHLIESSMUSKELSYSTEM UND DEM HÄMORRHOIDALGEFLECHT REALISIERT

DEFÄKATIONSVORGANG

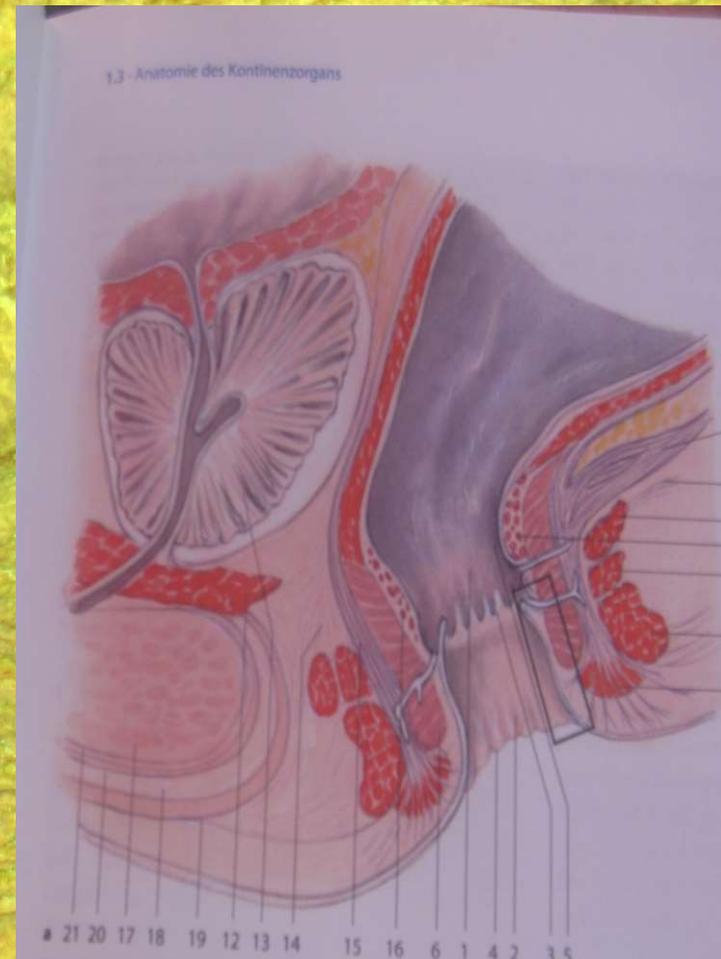
- Füllung der Ampulle durch peristaltische Bewegungen des Kolon deszendenz
- Dehnung der Rektumwand und Erschlaffung M.sphincter internus
- Reflektorische Anspannung M.sphincter externus (kann willkürlich verstärkt werden dadurch wieder Anspannung M.internus und Rückgang Dehnungsreiz mgl.)



- Willkürliche Anspannung M.transversus in Inspiration und dadurch reflekt. perestaltische Kontraktion Kolon deszendenz, Sigma und Rektum
- Gleichzeitig Erschlaffen beider Sphinkteren und der Beckenbodenmuskulatur



- Nach völliger Entleerung Kontraktion der Sphinkteren und des Beckenbodens Dadurch Anheben des Beckenbodens
- Auffüllung Hämorrhoidalgeflecht





INKONTINENZ

KONTINENZ

Die funktionell an komplizierte Strukturen und Mechanismen gebundene Fähigkeit, den Darminhalt reflektorisch und willkürlich zurückzuhalten und die Entleerung zur gewünschten Zeit durchzuführen.

STADIEN DER INKONTINENZ

Grad I : Unfähigkeit Winde zurückzuhalten

Grad II : Unfähigkeit flüssigen Stuhl zu halten

Grad III: Unfähigkeit festen Stuhl zu halten

Ursachen der Inkontinenz

- ANGEBORENE URSACHEN
- M. Hirschsprung
- Anorektale Agenesie

Ursachen der Inkontinenz

- ERWORBENE URSACHEN:
- Trauma (Verletzungen, Postoperativ, GEBURT)
- Fistelleiden
- Entzündliche Darmerkrankungen
- Chronische Diarrhoe - Obstipation
- Neurogene Ursachen
- Tumoren
- Nach Bestrahlungen
- Nach Operationen LARS
- Psychosomatische Ursachen



OBSTIPATION

LEITSYMPTOME OBSTIPATION

- Starkes Pressen
- Klumpiger oder harter Stuhl
- Subjektiv unvollständige Entleerung
- Subjektive Obstruktion
- Manuelle Manöver zur Unterstützung bei über 25 % der Defäkationen

AKUTE OBSTIPATION

- Ernährung
- Psychisch bedingt (zB. Umgebungwechsel)
- ABKLÄRUNG BEI LÄNGEREM VERLAUF
AUSCHLUSS TUMOR

CHRONISCHE OBSTIPATION

- Über 3 Monate anhaltende, unbefriedigende Entleerung
- Unter 3 Stuhlentleerungen in der Woche
- bzw 2 oder mehr Leitsymptome der Obstipation

**ES GIBT KEINE
MINIMAL ERFORDERLICHE
STUHLFREQUENZ**

URSACHEN DER OBSTIPATION

- LEBENSWEISE
- ERNÄHRUNG
- GEWICHT
- BEWEGUNG



???

PRIMÄRE CHRONISCHE OBSTIPATION

- Funktionsstörung auf Ebene des Dickdarms
- Slow Transit - Passagegeschwindigkeit
- Outlet Obstipation – Entleerungsproblem durch strukturelle Ursachen

FUNKTIONELLE OBSTRUKTION-OUTLET OBSTRUKTION

- Intussuszeption
- Rectocele
- Enterocele
- Dehnungsschaden N.pudendus
- Dyssynergie Beckenboden
- Hyposensibilität Rektum
- Stuhlimpaktion

SEKUNDÄRE CHRONISCHE OBSTIPATION

- Obstipation ist Symptom, welches auf eine metabolische, neurologische oder psychiatrische Störung oder auch medikamenteninduziert auftritt

ERKRANKUNGEN

- Diabetes
- Hypothyreoidismus
- Hypokaliämie
- Hypomagnesiämie
- Hyperkalzämie
- Porphyrie
- Sklerodermie
- Phäochromozytom
- Schwangerschaft
- Amyloidose
- Depression
- Psychose
- Anorexie
- Mb. Parkinson
- Paraplegie
- Trauma

MEDIKAMENTE

- Opioide
- Antazida
- Anticholinergika
- Laxantienabusus
- Antihypertensiva
- Diuretika
- Antikonvulsiva
- Antidepressiva
- Eisen
- Parasympatholytika



DIAGNOSTIK

EINE INTERDISZIPLINÄRE
AUFGABE

DIAGNOSTIK DER

OBSTIPATION

- Anamnese
- Proktologische Untersuchung
- Koloskopie
- anale Manometrie
- Kolontransitmessung
- Defäkografie

INKONTINENZ

- Anamnese
- Proktologische Untersuchung
- Koloskopie
- anale Manometrie
- Kolontransitmessung
- Defäkografie

ANAMNESE

KONTINENZ

- Häufigkeit von Inkontinenzerscheinungen
- Stuhltagebuch hilfreich, verschiedene Scores zur „Objektivierung“
- Ampullenfüllung bemerkt ?
- Stuhlschmierer ?
- Inkontinenz für Flatulenzen/flüssige/feste Stühle
- Vorwarnzeit
- Urinverlust
- Flatulenzen bei der Miktion ?

**Einteilung der Schweregrade der Stuhlinkontinenz.
Score System nach Jorge/Wexner, 1993**

Inkontinenzepisoden	Häufigkeit				
	nie	selten	manchmal	häufig	immer
fest	0	1	2	3	4
flüssig	0	1	2	3	4
Luft	0	1	2	3	4
Vorlage	0	1	2	3	4
Beeinflussung der Lebensgewohnheiten	0	1	2	3	4

0 Punkte = perfekte Kontinenz; 20 Punkte = völlige Inkontinenz
 nie = 0; selten = < 1/Monat; manchmal = < 1/Woche; häufig = < 1/Tag bis > 1/Woche; immer = > 1/Tag

Bristol-Stuhlformen-Skala

Typ 1		Einzelne, feste Kügelchen (schwer auszuscheiden)
Typ 2		Wurstartig, klumpig
Typ 3		Wurstartig mit rissiger Oberfläche
Typ 4		Wurstartig mit glatter Oberfläche
Typ 5		Einzelne weiche, glattrandige Klümpchen, leicht auszuscheiden
Typ 6		Einzelne weiche, Klümpchen mit unregelmäßigem Rand
Typ 7		Flüssig, ohne feste Bestandteile

Kommt es gelegentlich vor, dass Sie Ihre Blähungen nicht kontrollieren können?

- Nein, niemals 0
- Ja, weniger als einmal pro Woche. 4
- Ja, mindestens einmal pro Woche. 7

Kommt es bei Ihnen jemals zu einer unbeabsichtigten Ausscheidung von flüssigem Stuhl?

- Nein, niemals 0
- Ja, weniger als einmal pro Woche. 3
- Ja, mindestens einmal pro Woche. 3

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

- Mehr als 7 Mal pro Tag (24 Stunden) 4
- 4-7 Mal pro Tag (24 Stunden) 2
- 1-3 Mal pro Tag (24 Stunden) 0
- Weniger als einmal pro Tag (24 Stunden) 5

Müssen Sie jemals nach Ihrem letzten Stuhlgang innerhalb von einer Stunde erneut auf die Toilette?

- Nein, niemals 0
- Ja, weniger als einmal pro Woche. 9
- Ja, mindestens einmal pro Woche. 11

Haben Sie jemals einen solch starken Stuhldrang, dass Sie zur Toilette rennen müssen?

- Nein, niemals 0
- Ja, weniger als einmal pro Woche. 11
- Ja, mindestens einmal pro Woche. 16

KONSISTENZ

- Fest /Breiig/ Wässrig ?
- Form des Stuhls

DEFÄKATIONSVERHALTEN

- Sitzposition (Hocke, Fußbank, Denkerpose)
- Geschwindigkeit
- Pressen
- Rektale Ausräumung ?
- Vaginale Stützung ?
- Komplette Entleerung ?

Gynäkologie

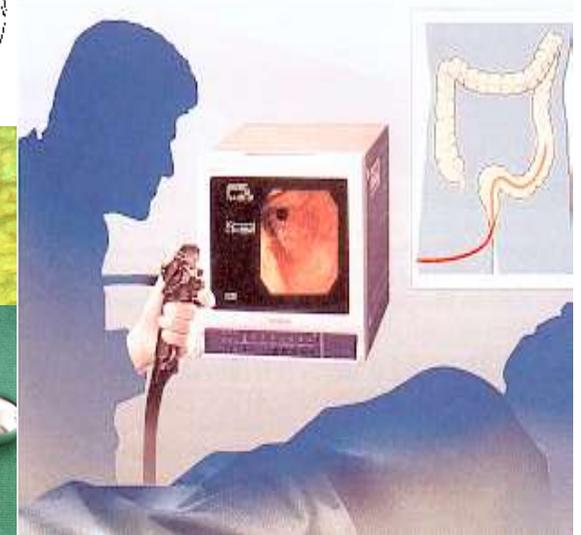
- Geburten
- Dammrisse
- HE

ALLGEMEINE ANAMNESE

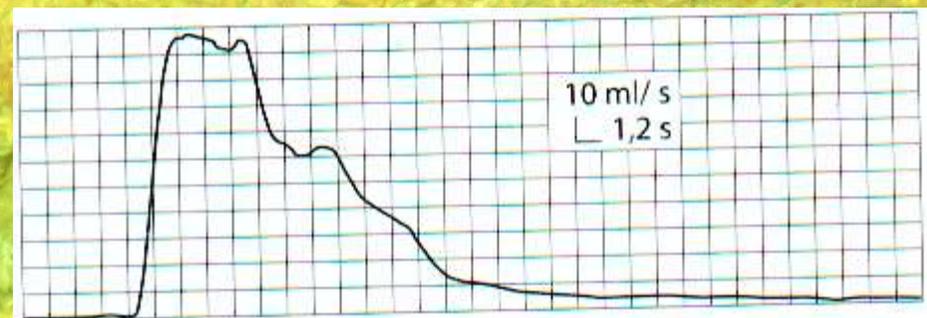
- Nebenerkrankungen
- Neurologische Leiden / LWS ?
- Voroperationen
- Sexuelle Prägung / Sexualverhalten

BASISDIAGNOSTIK

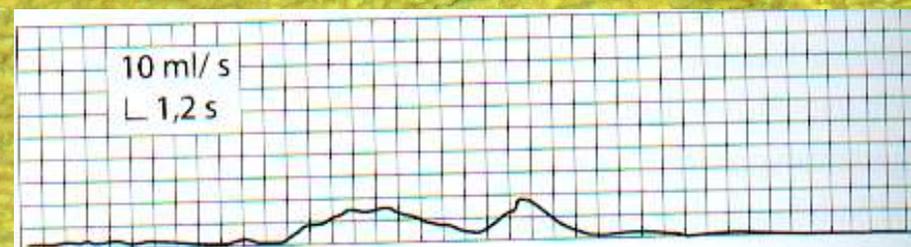
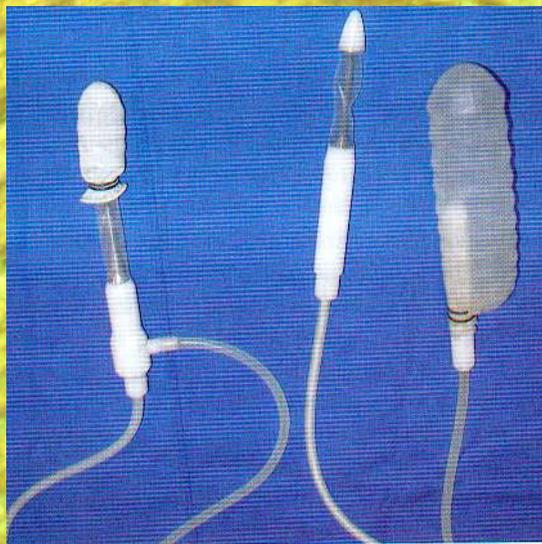
- Klinische Untersuchung
- Rektale Untersuchung
- Proktoskopie
- Sigmoidoskopie bzw Koloskopie



ANALE DRUCKMESSUNG

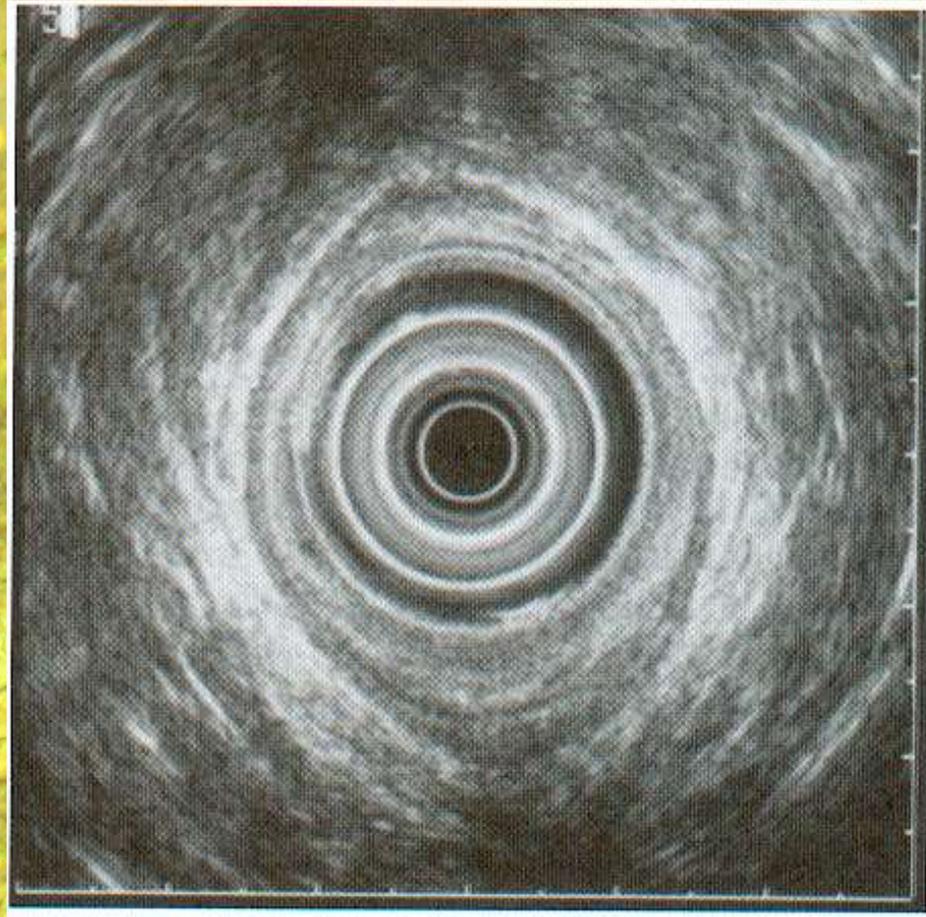


■ **Abb. 3-20.** Flussrate eines gesunden Probanden mit Fluktuationen im absteigenden Schenkel



■ **Abb. 3-22.** Flusskurve bei der obstruktiven Obstipation

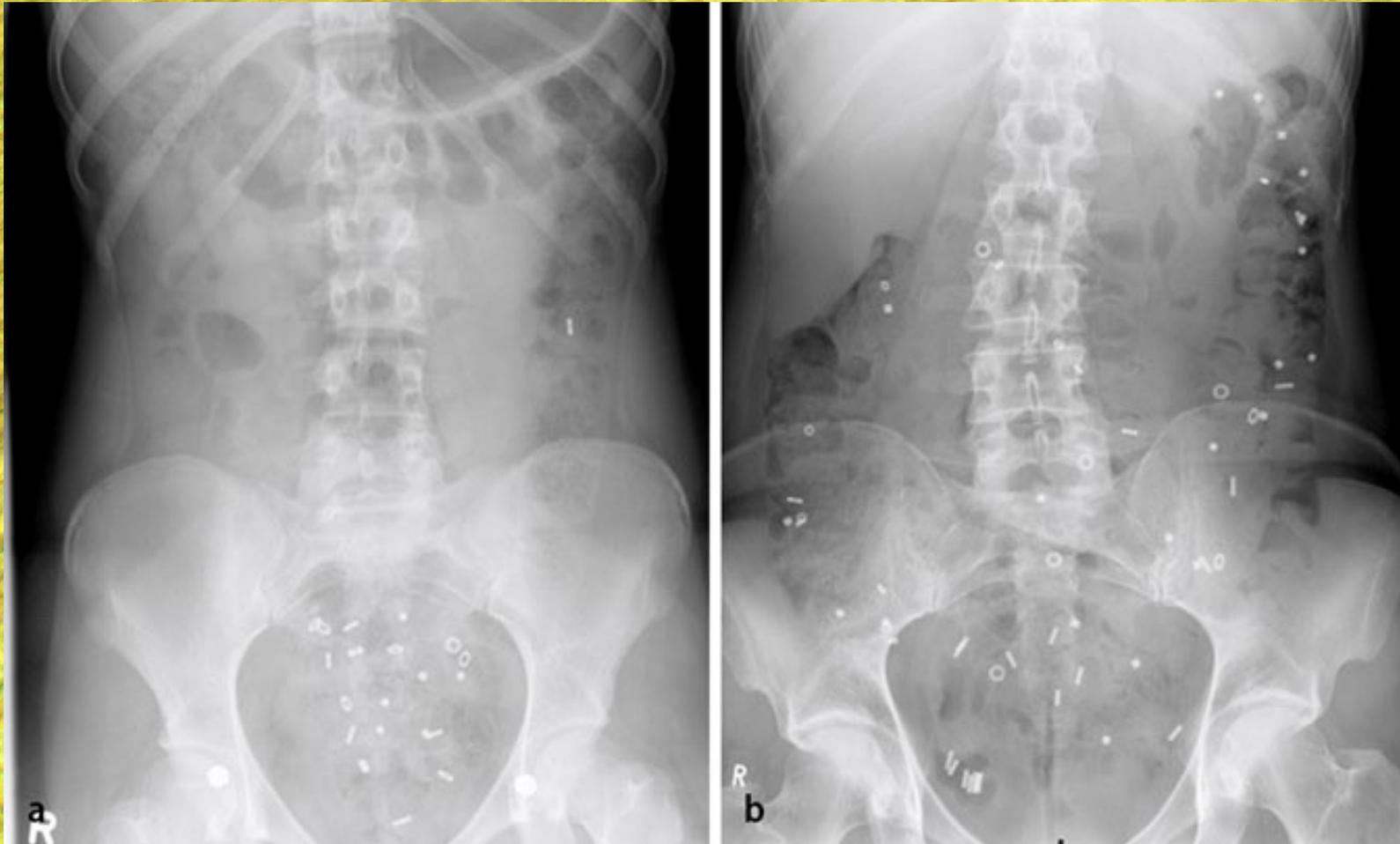
ENDOSONOGRAFIE



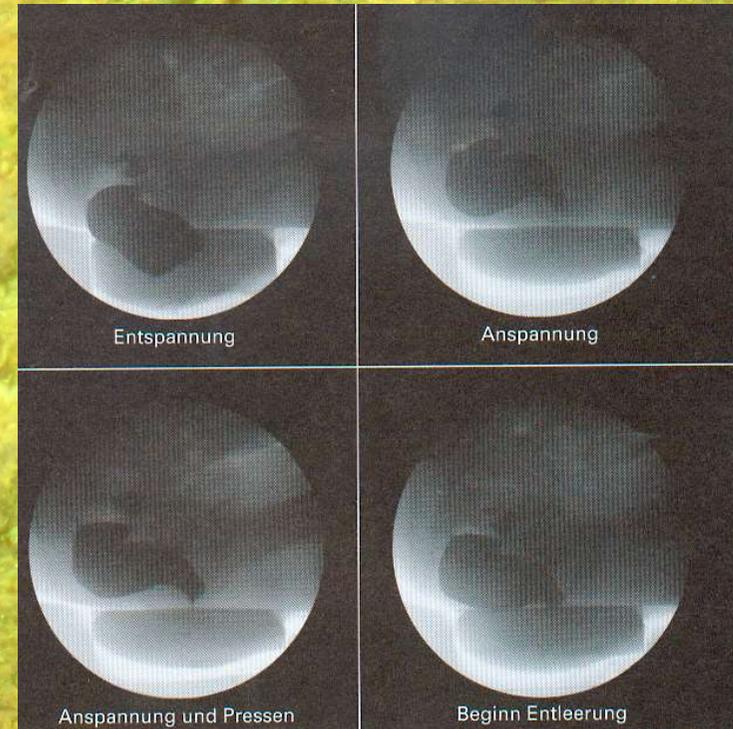
TROCHOSKOPIE



KOLONTRANSITMESSUNG

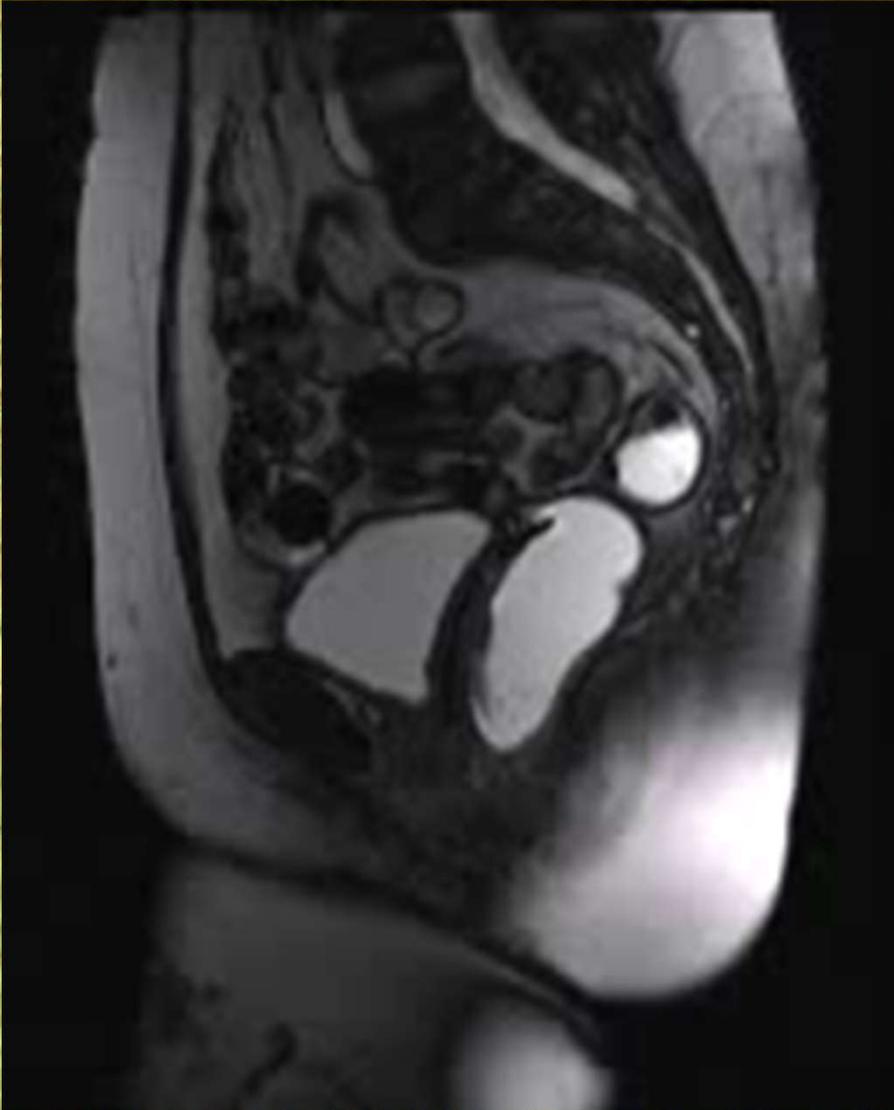


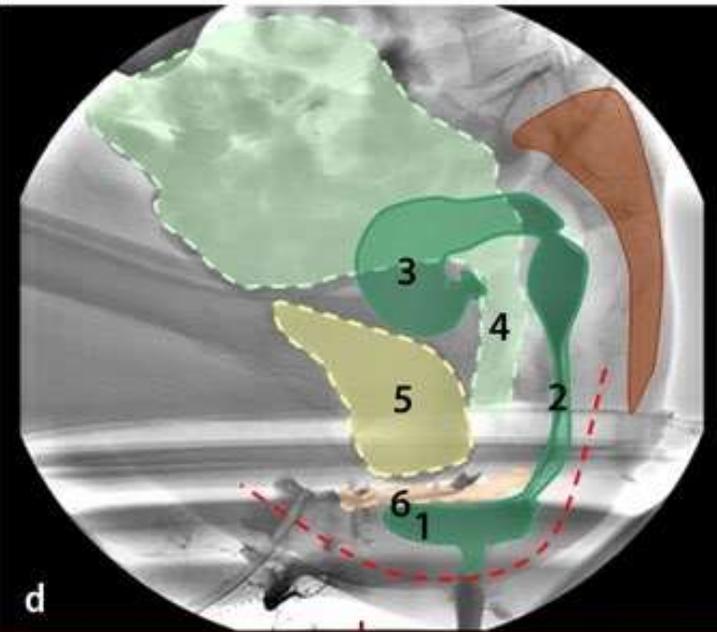
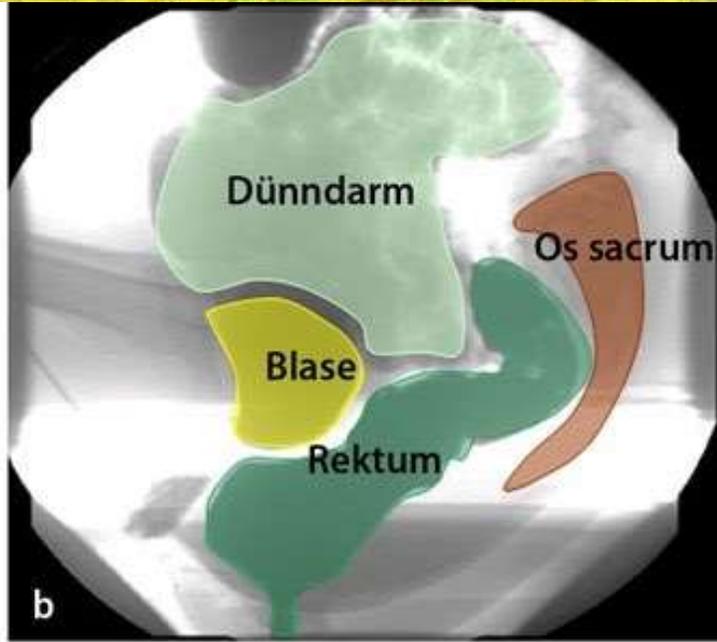
DEFÄKOGRAPHIE



- Darstellung der Dynamik des Defäkationsvorganges

MR-DEFÄKOGRAFIE

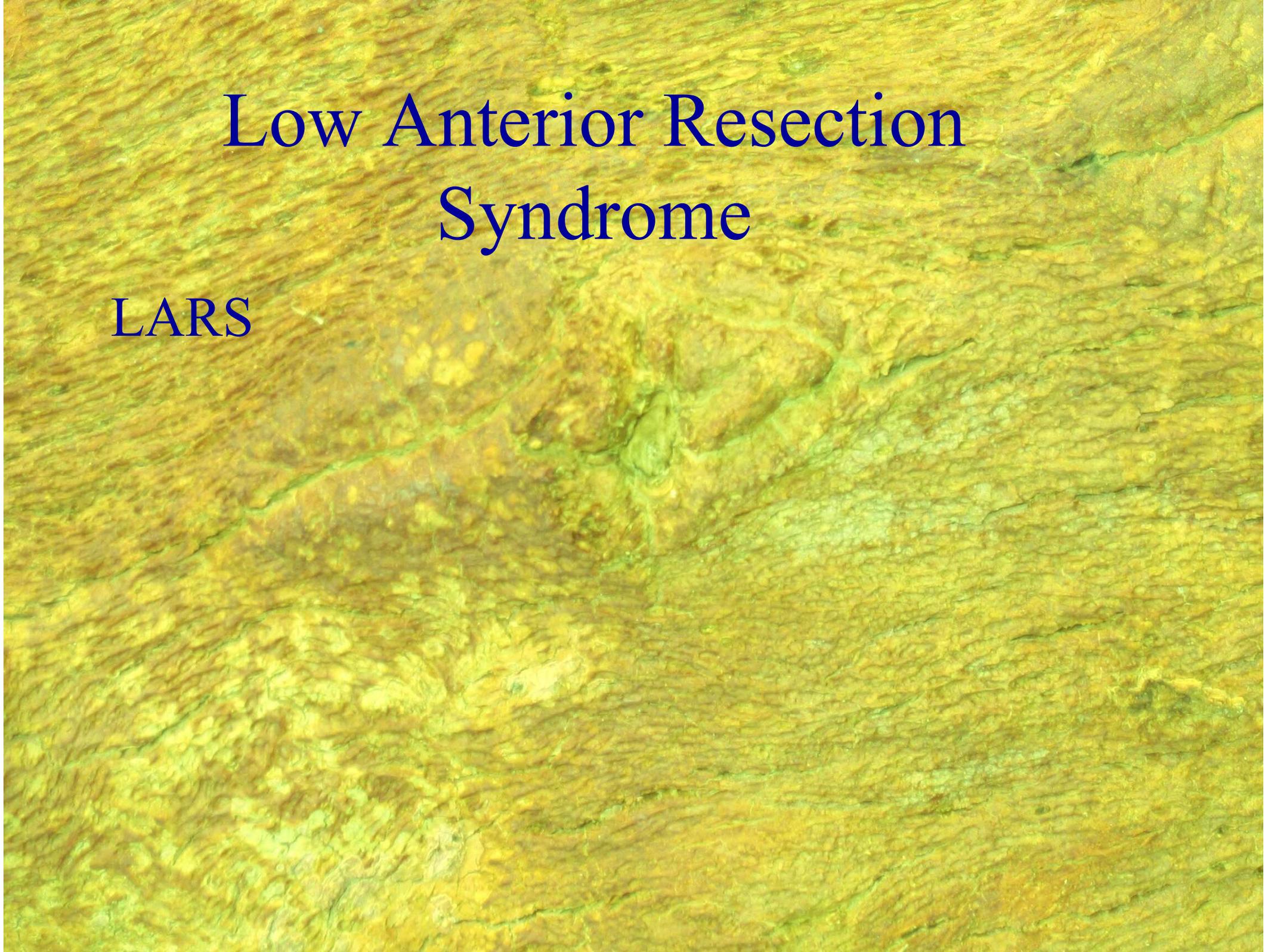




- 
- Gynäkologische Untersuchung
 - Urodynamik
 - Neurologische Untersuchung
Pudendusmessung

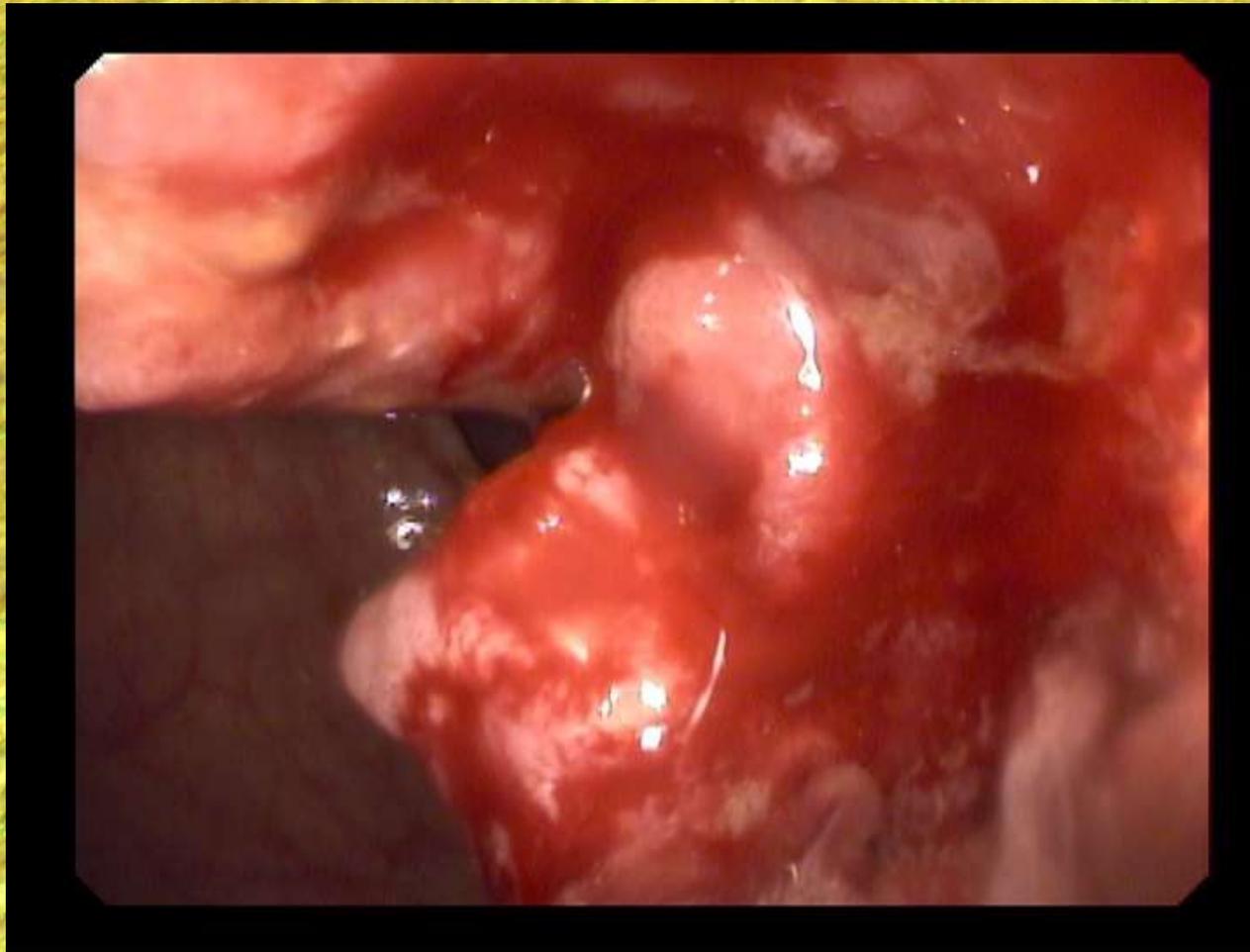
Low Anterior Resection Syndrome

LARS



- 27 jährige Patientin
- Erstvorstellung Hausarzt Ende Februar 2016 Überweisung an Proktologie
Diagnose Vd. Hämorrhoidalleiden
- Erstvorstellung Praxis 01.03.16 mit
suspektem Tastbefund
- Koloskopie am 03.03.16

Rektumkarzinom T3N0M0

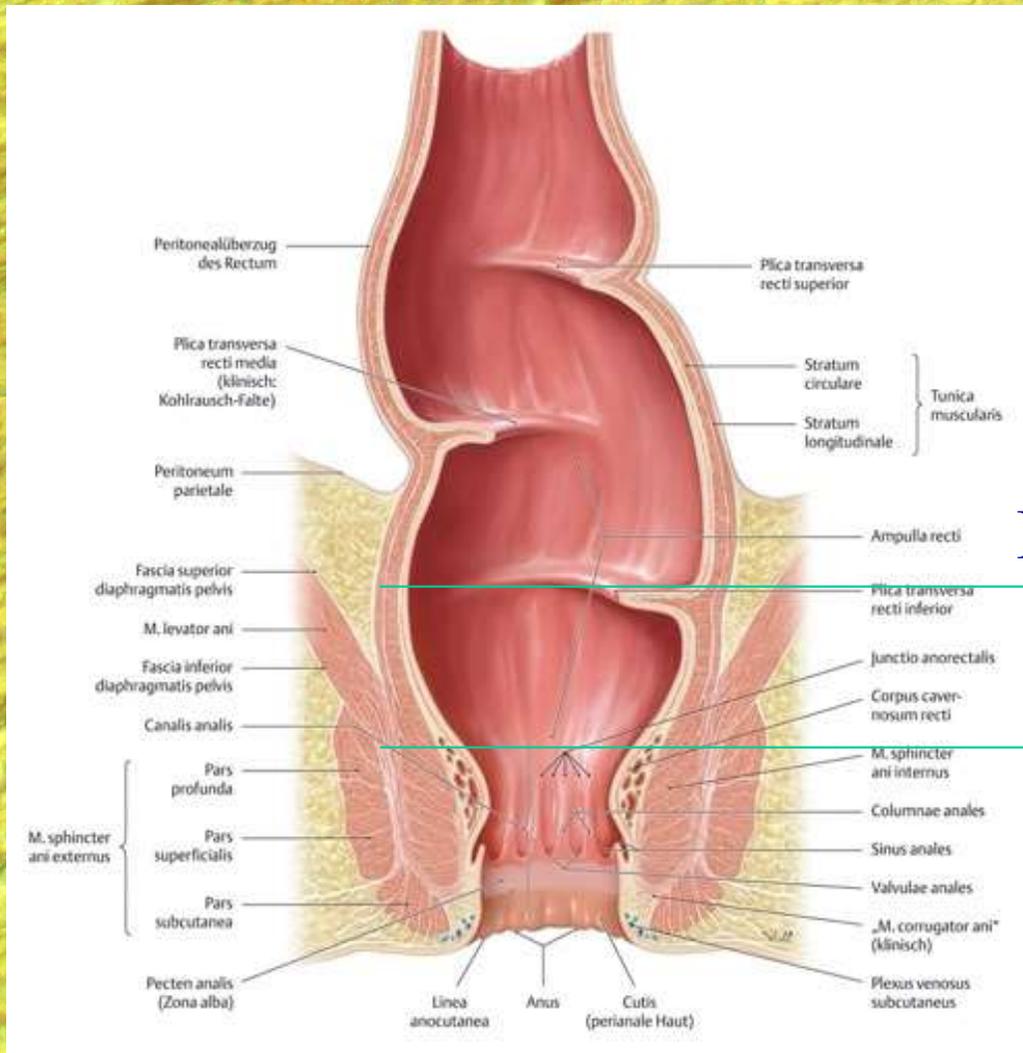


Date: 03/Mar/2016 17:54:33

Doctor: Dr_Bruder

- März bis Juni adjuvante Radiochemotherapie
- Ultratiefe anteriore Resektion 7/16 R0 mit totaler mesorectaler Exzision TME
- Anlage protektives Stoma
- Postoperative Chemotherapie
- Stomarückverlegung

- Im weiteren Verlauf imperativer Stuhldrang mit extrem kurzer Vorwarnzeit
- Bis zu 15 Stühle am Tag
- Teils Inkontinenzerscheinungen mit Stuhlschmierern



High anterior resection

Ultralow anterior resection

LARS

- Imperativer Stuhldrang mit extrem kurzer Vorwarnzeit
- Inkontinenz für Flatulenzen
- Fraktionierte Entleerungen in bis zu 20 Stühlen am Tag
- Unvollständige Entleerung

Kommt es gelegentlich vor, dass Sie Ihre Blähungen nicht kontrollieren können?

- Nein, niemals 0
- Ja, weniger als einmal pro Woche. 4
- Ja, mindestens einmal pro Woche. 7

Kommt es bei Ihnen jemals zu einer unbeabsichtigten Ausscheidung von flüssigem Stuhlgang?

- Nein, niemals 0
- Ja, weniger als einmal pro Woche. 3
- Ja, mindestens einmal pro Woche. 3

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

- Mehr als 7 Mal pro Tag (24 Stunden) 4
- 4-7 Mal pro Tag (24 Stunden) 2
- 1-3 Mal pro Tag (24 Stunden) 0
- Weniger als einmal pro Tag (24 Stunden) 5

Müssen Sie jemals nach Ihrem letzten Stuhlgang innerhalb von einer Stunde erneut auf die Toilette?

- Nein, niemals 0
- Ja, weniger als einmal pro Woche. 9
- Ja, mindestens einmal pro Woche. 11

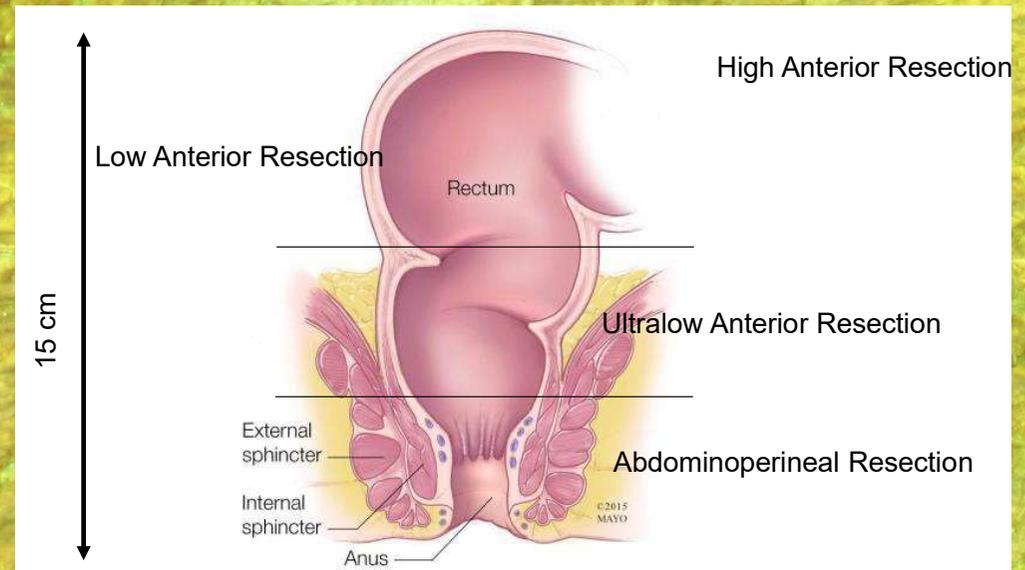
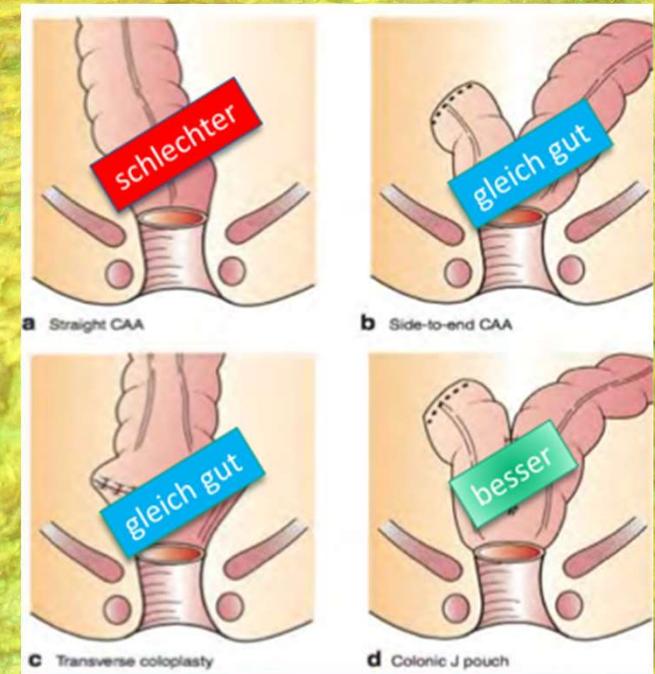
Haben Sie jemals einen solch starken Stuhldrang, dass Sie zur Toilette rennen müssen?

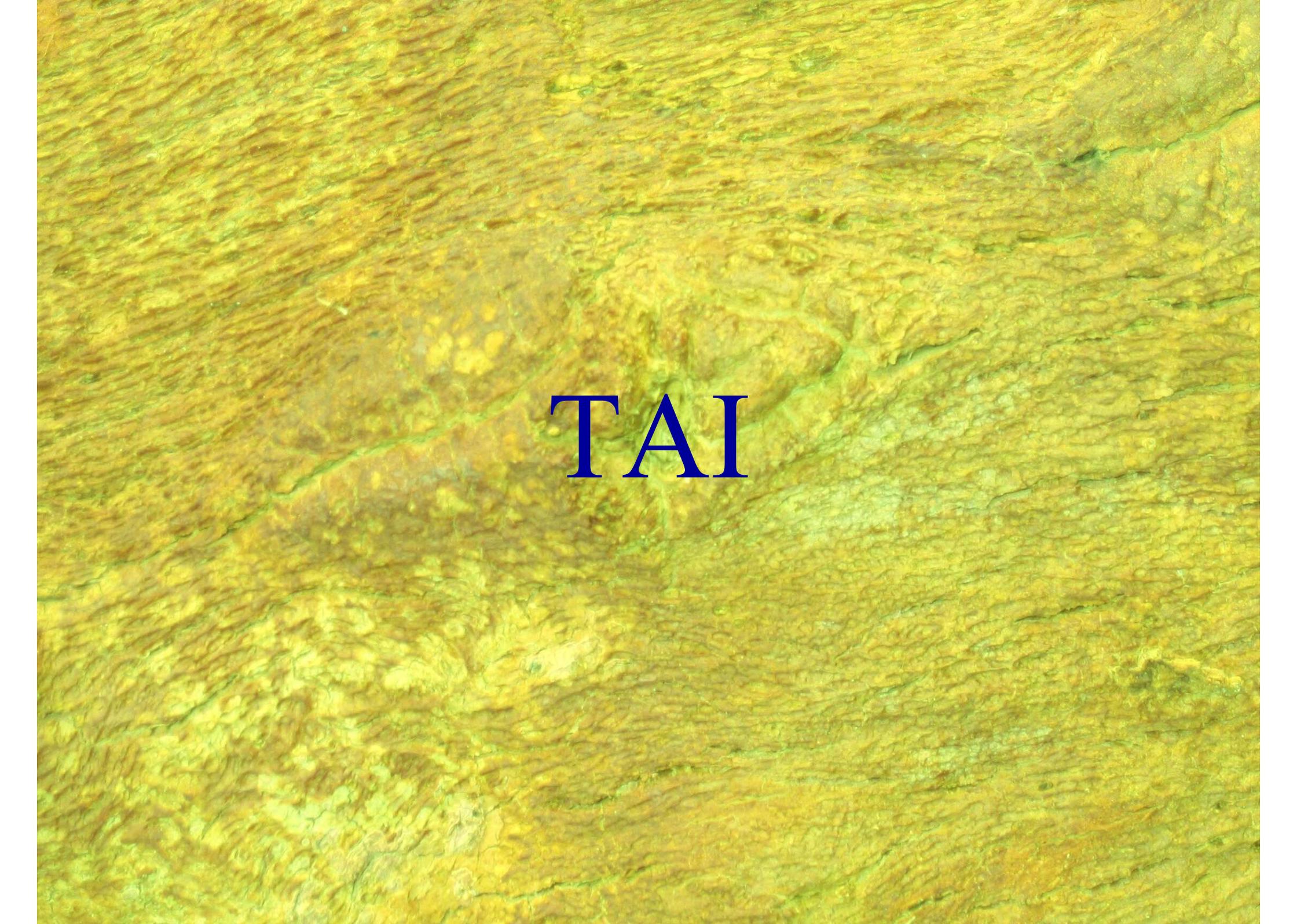
- Nein, niemals 0
- Ja, weniger als einmal pro Woche. 11
- Ja, mindestens einmal pro Woche. 16

LARS SCORE

RISIKEN FÜR LARS

- Art der Anastomose
- Höhe der Anastomose
- Alter des Patienten
(unter 64 LJ schlechter)
- Radiotherapie
- OP Technik TME

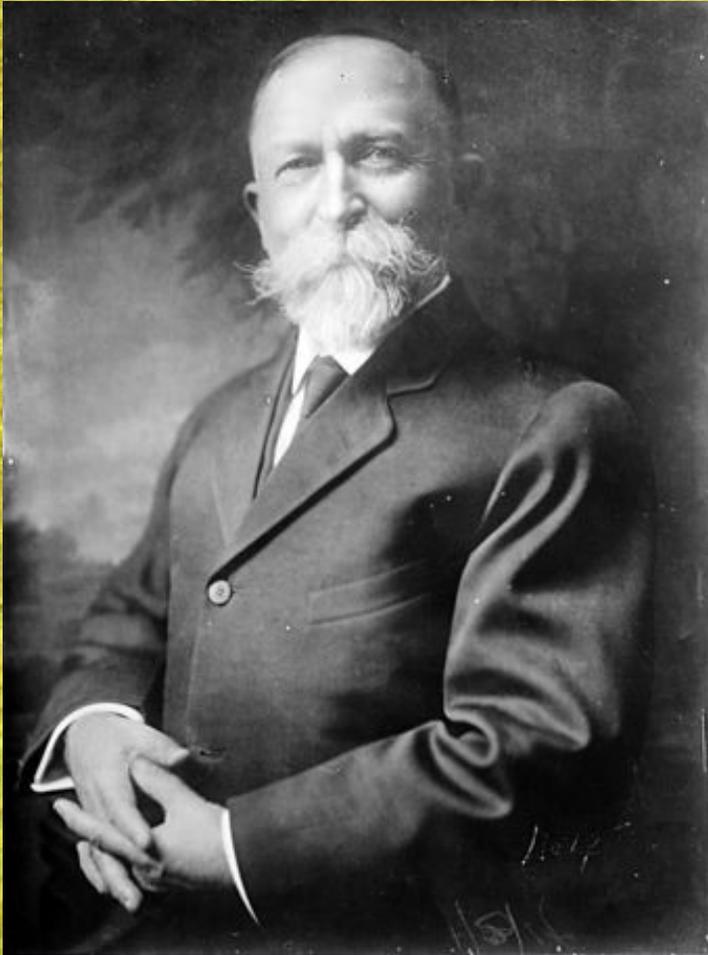




TAI



Dr. John Harvey Kellogg



1852-1943

- Sanatorium Battle Creek
- 90% der Erkrankungen gehen vom Darm aus
- Ernährung, Hydrotherapie, Einläufe , Diät, Joghurt für Darmflora
- Komplette sexuelle Enthalttsamkeit

TAI- INDIKATIONEN

- Zunächst nur für Patienten mit Querschnittlähmung



TAI

- Funktionsmechanismus nicht eindeutig belegt annehmbar eine Verflüssigung des Stuhl oder bzw. mit Stimulation der peristaltischen Kontraktionen



TAI- INDIKATIONEN

- Patienten mit Querschnittlähmung
- Obstipation slow transit und outlet
- Stuhlinkontinenz
- LARS



NAVINA MINI



ABSOLUTE KONTRAIKATIONEN TAI

- Manifester Ileus
- Kolorectales Karzinom
- Analkanalstenose/Rektumstenose
- Aktive CED
- Akute Divertikulitis
- 3 Monate nach Rektomchirurgie
- 4 Monate nach endoskopischer Polypektomie
- Ischiämische Kolitis

RELATIVE KONTRAINDIKATIONEN TAI

- Ausgeprägte Divertikulose
- Vorausgegangene Divertikulitis
- Längere oder Dauerbehandlung mit Corticosteroiden
- Schwangerschaft
- Radiatio im Bereich des Beckens
- Dauerantikoagulation
- Schwere Allgemeinerkrankungen

TAI- VORAUSSETZUNGEN

- Physische Eignung
- Psychische Eignung
- Erfassung Ess- und Trinkverhalten
- Richtige Auswahl des geeigneten Irrigatorsystems

INDIKATIONEN HIGH VOLUME TAI

- Slow transit Obstipation
- Dranginkontinenz/ Intussuszeption
- Medikamenteninduzierte Obstipation
- Neurogenen Ursachen der Obstipation



INDIKATIONEN ZUR LOW VOLUME TAI

- Unbemerakter Stuhlabgänge
- Nachschmieren nach Defäkation
- Rectozele
- Inkomplette Entleerung
- andere Entleerungsprobleme in Höhe des Rektums
- LARS



ABER WAS IST DAS
PROBLEM ?

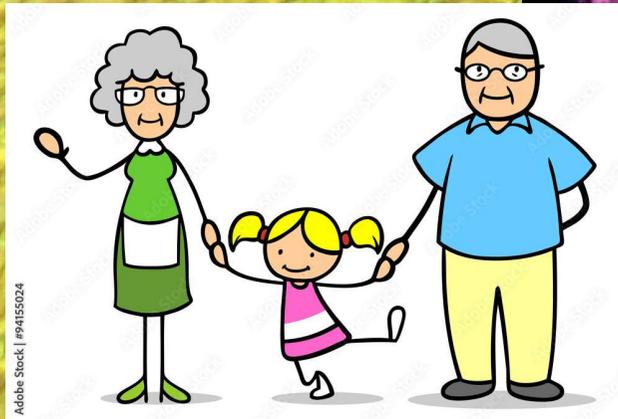
ICH BIN INKONTINENT

ICH BIN VERSTOPFT

ODER

???

ABER WAS IST DAS PROBLEM ???



ZIEL





LEBENS
QUALITÄT

LEBENSWEISE

- Auseinandersetzung mit der Situation
- LEBENSQUALITÄT
- Gewichtsregulation
- Körperliche Aktivität

LEBENSQUALITÄT

- Was schränkt mich eigentlich ein ?
- Kann ich darüber reden ?
- Was kann ich aktiv tun ?
- WAS IST MEIN ZIEL

THERAPIE

- Behandlung der Grunderkrankungen
Lebensweise
- Beckenbodengymnastik
- Stuhlregulation
- Biofeedback Therapie
- SNS
- Operative Therapie interdisziplinär
- Irrigationstherapie
- Verwendung von Inkontinenzhilfsmitteln
- Stomaanlage

Behandlung von Grunderkrankungen

- Behandlung des Hämorrhoidalleidens
- Behandlung von Hauterkrankungen
- Behandlung Chronisch Entzündlicher Darmerkrankungen
- Ernährungsregulierung, Vermeiden von Durchfällen und Obstipation
- Gewichtsregulation

STUHLREGULATION

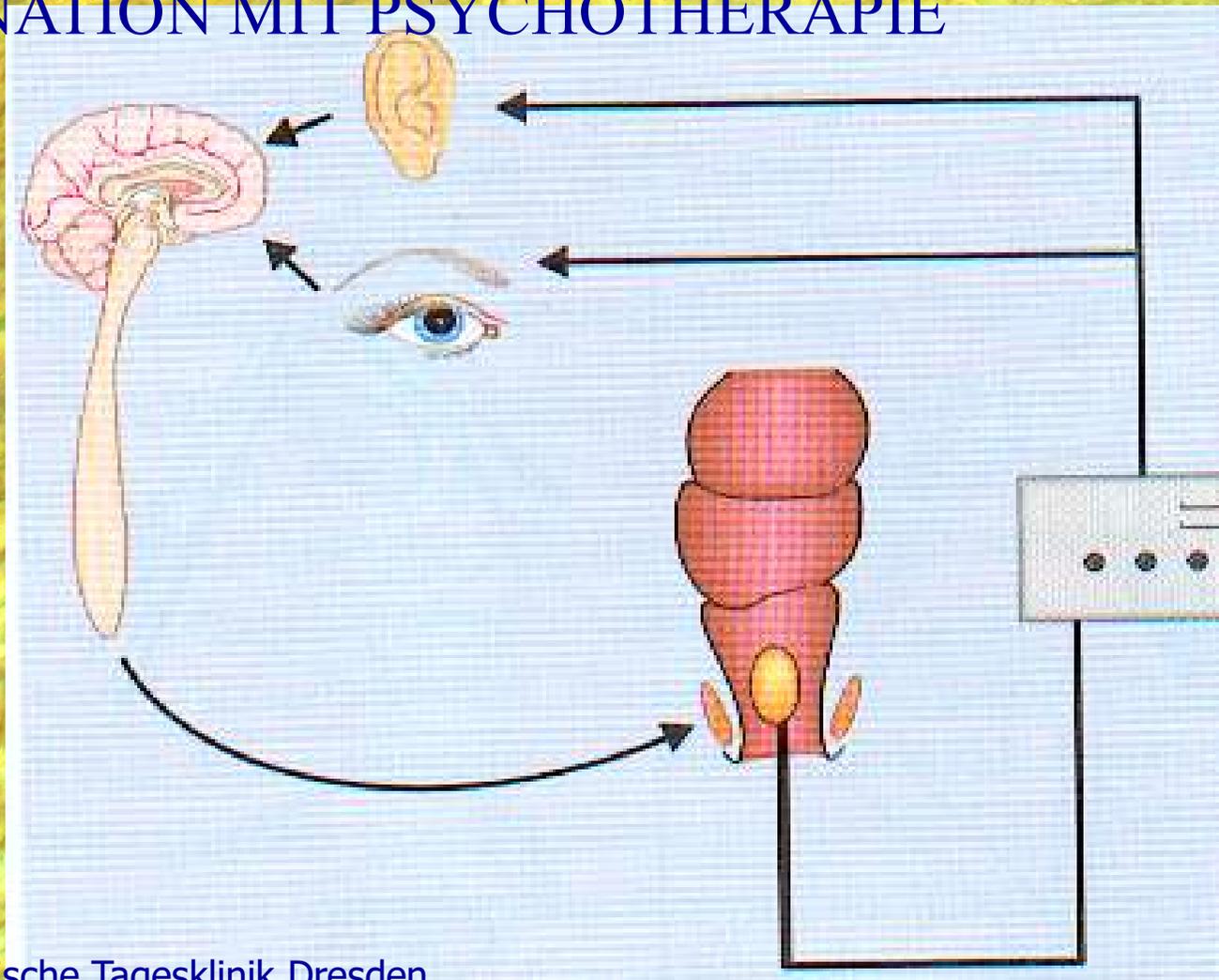
- Flüssigkeitszufuhr
- ballaststoffreiche, faserreiche Ernährung
- Mikroklysmen bei gehäuften unvollständigen Entleerungen, Irrigationstherapie
- Therapie mit Prä- und Probiotika
- Pflanzliche Therapie
- Medikamentöse Therapie (Loperamid, Opiate)
- Medikamentöse Therapie (Laxantien, Lecicarbon)

BIOFEEDBACK

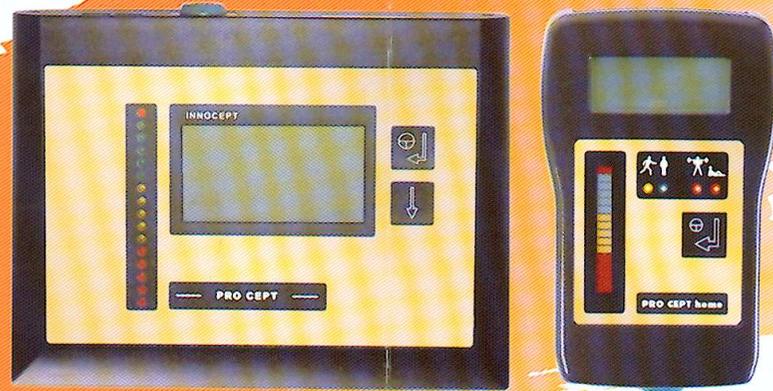
- Bei Inkontienz und in bestimmten Situationen bei Obstipation

BIOFEEDBACK-KOMBI- THERAPIE

KOMBINATION MIT PSYCHOTHERAPIE



BIOFEEDBACK THERAPIE



INTERDISZIPLINÄRE FALLKONFERENZ

- Chirurgie
- Gynäkologie
- Urologie
- Neurologie
- Innere Medizin
- Psychotherapie

SNS

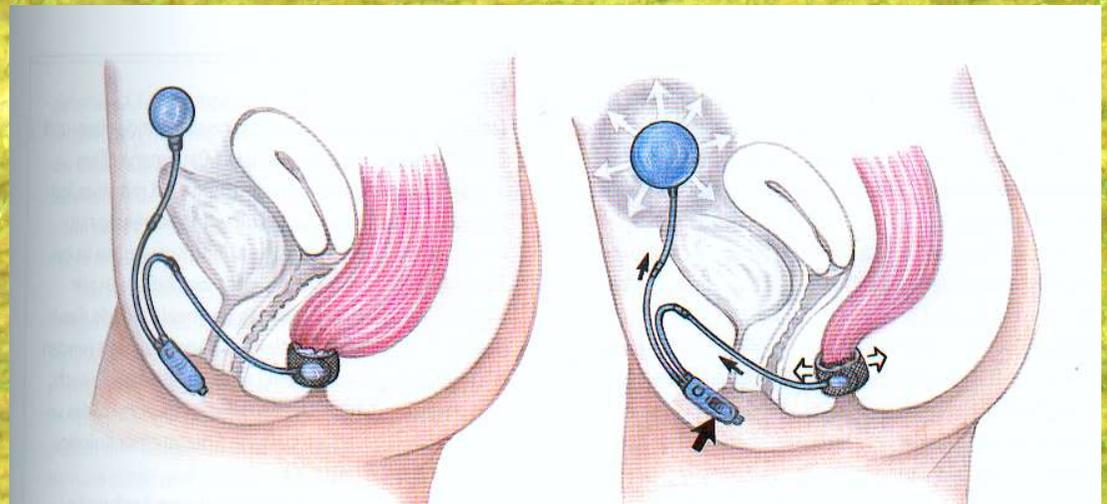
SACRAL NERVE STIMULATION

- Stimulation der peripheren Innervation des Kontinenzorgans
- Zweistufiges Verfahren



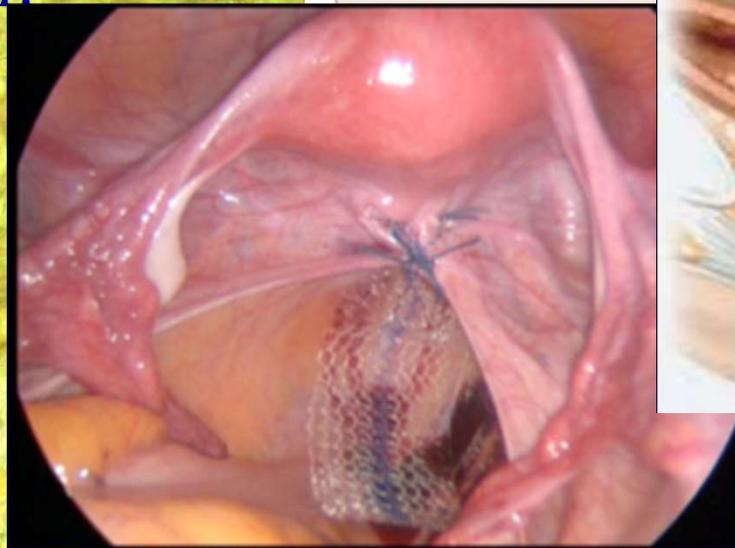
OPERATIVE THERAPIE

- Sphincterrepair
- Plastische Operationen mit eigenem Material (Fett, Muskulatur)
- Plastische Operationen mit Fremdmaterialien
- STARR OP

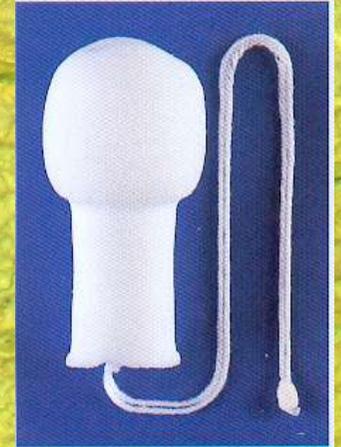
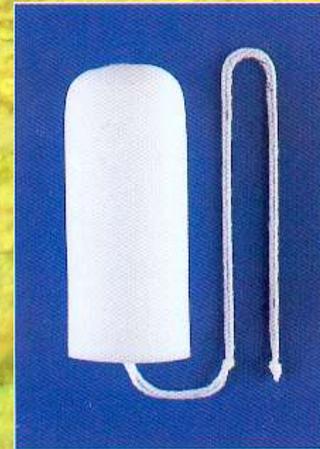
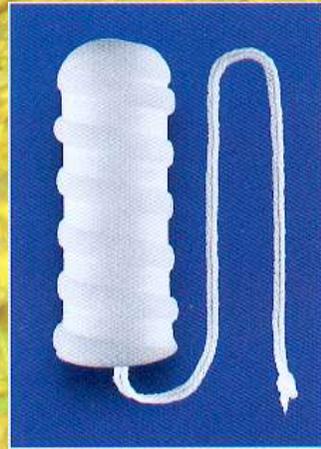
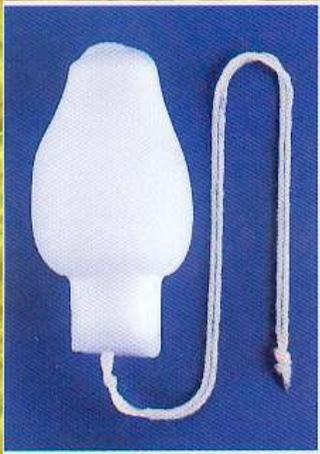


OPERATIVE THERAPIE

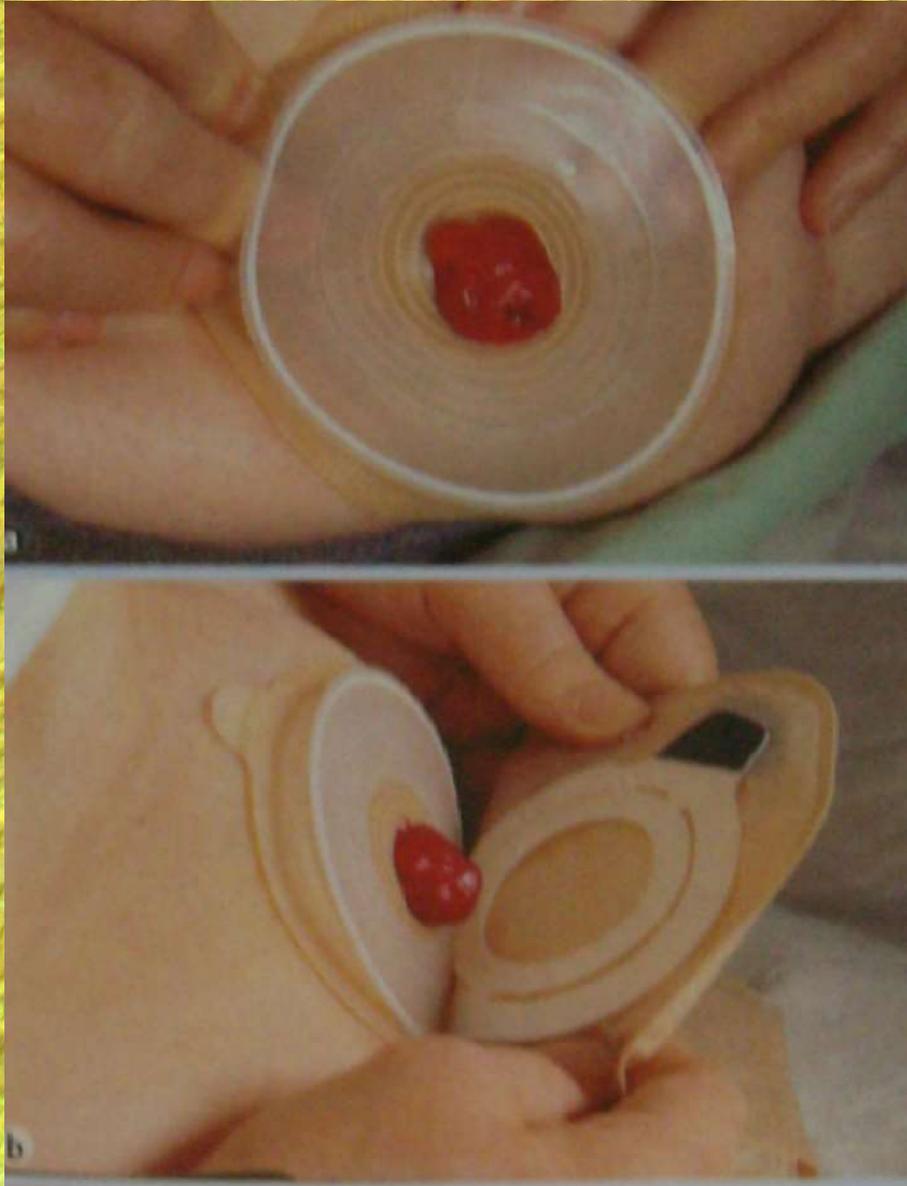
- Operative Versorgung Rectocele
- Hysterosacropexie
- Rectopexie
- Sigmaresektion



HILFSMITTELVERSORGUNG



STOMAVERSORGUNG



- Ggf.deutliche Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe

HILFE FÜR BETROFFENE



4/2005
Nr. 37

kontinenz *aktuell*

Deutsche
Kontinenz Gesellschaft

Hauptsache Hautpflege
Schutz für unser größtes Organ

Individuelle Lösungen
Operative Therapie
der Harninkontinenz

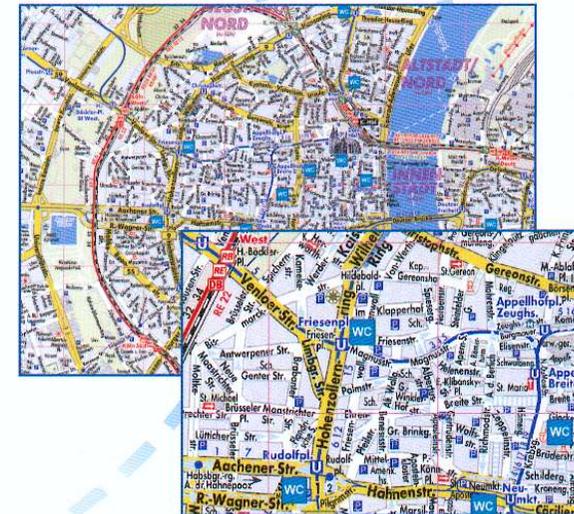
Aktiv leben – trotz Stuhlinkontinenz

Informationen zur Stuhlinkontinenz

www.kontinenz-gesellschaft.de

© 2005 Kontinenz Gesellschaft
Dr. Hagen Bruder Chirurgische Tagesklinik Dresden

Der handliche Toiletten-Stadtführer für Deutschlands Großstädte



Knopf im Bauch

CHRONISCHE VERSTOPFUNG UND ENKOPRESIS BEI KINDERN



LEBENSQUALITÄT