

Krankheiten, über die man schweigt

Tausende leiden darunter. Und ihr Leben wird dadurch zur Hölle. Gesprochen wird aber darüber dennoch kaum. Die Rede ist von Stuhl- und Harninkontinenz. Dabei lässt sich beides behandeln.

VON **KARL HOTZ**

«Für die Betroffenen wird das Leben oft zur Qual. Sie müssen sich so organisieren, dass regelmässig eine Toilette in erreichbarer Nähe ist. Das ist eine sehr grosse Einschränkung und eine entsprechend grosse Reduktion der Lebensqualität.» Harald Marlovits muss wissen, wovon er spricht, denn der Facharzt mit eigener Praxis in Schaffhausen und Belegarzt an der Hirslanden-Klinik Belair ist Proktologe – ein Begriff, der vom griechischen Wort «Proktos» (After) kommt. Als solcher befasst er sich mit Erkrankungen der letzten Teile des Darms. Mit ihm unterhielten wir uns über Inkontinenz, eine im Alter gefürchtete Krankheit, die sowohl den Stuhlgang wie auch das Urinieren (vgl. Kasten) betreffen kann. Fachleute schätzen, dass einer von 50 Erwachsenen von Stuhlinkontinenz betroffen ist.

Schätzen müssen sie deshalb, weil kaum jemand von diesen Krankheiten spricht. Nicht einmal die Betroffenen. «Das ist eines der grossen Probleme an der Sache. Man (und frau übrigens auch, denn Frauen sind deutlich häufiger betroffen) scheut sich, darüber zu reden, weil es unappetitlich ist», weiss Harald Marlovits aus Erfahrung. «Ich werde sogar von Kollegen ziemlich verständnislos gefragt, wie man sich denn ausgerechnet auf Proktologie spezialisieren könne», fügt er an. Diese Zurückhaltung gelte übrigens auch gegenüber dem Hausarzt. Hinzu komme, dass sich auch etliche Ärzte nur ungern mit dem Thema befassen. «Oft wird (häufig auch durch die Patienten selbst) mit Zäpfchen, Salben und anderen Mitteln ohne Besserung zu lange herumexperimentiert, statt die Patienten an Spezialisten zu verweisen», so weitere Erfahrungen von Marlovits.

Verschiedene Ursachen

Stuhlinkontinenz kann verschiedenste Ursachen haben. Um verständlich zu machen, worum es geht, erläutert Marlovits zuerst einmal die anatomischen Gegebenheiten. Zwei Muskeln seien dafür verantwortlich, dass der Stuhlgang kontrolliert werden kann. Es gibt dazu einen inneren und einen äusseren Schliessmuskel. Der innere



Harald Marlovits.

Bild ZVG

Muskel ist zu etwa 80 Prozent für die Kontrolle verantwortlich und reagiert unwillkürlich – das heisst seine Arbeit ist nicht kontrollierbar. Der äussere Muskel hingegen ist kontrollierbar, trägt aber nur etwa 20 Prozent zur Kontinenz bei. «Diesem Verhältnis zum Trotz ist dieser äussere Schliessmuskel sehr wichtig», so Marlovits.

Das zeigt sich zum Beispiel bei Frauen. Marlovits muss wieder etwas ausholen. «Viele Frauen haben beispielsweise Schädigungen des Schliessmuskels durch Geburten. Er kann etwa

«Ein Volksleiden, über das kaum gesprochen und das viel zu häufig nicht behandelt wird»

durch einen Dammschnitt oder einen Dammriss, welcher nicht ordentlich verheilt ist, beschädigt sein. Der ganze Beckenboden kann aber auch einfach durch den Geburtsvorgang an sich, der den gesamten Unterleib einer Frau stark beansprucht, überdehnt und dadurch erschlafft sein», gibt Marlovits einen weiteren möglichen Grund an. Solange aber eine Frau physisch gut in Form sei, könnten derartige Schäden durch die grossen Kraftreserven des gesamten Beckenbodens kompensiert werden. Erst wenn das nicht mehr der

Fall sei, gebe es Probleme – oft Jahrzehnte später!

Es könne aber, führt Marlovits eine weitere Möglichkeit an, auch sein, dass der Beckenboden nicht mehr kräftig genug sei und nach unten durchhänge. Dadurch wird die Geometrie im kleinen Becken so verändert, dass die Patienten dadurch inkontinent werden. Die Fülle der Möglichkeiten ist aber auch ein Hinweis darauf, dass oft erst die Untersuchung durch den Spezialisten die genauen Gründe zeigt.

Um die Sache noch komplizierter zu machen, gibt es sodann auch noch den so genannten Mastdarmvorfall – etwas, worunter auch Männer leiden können. Dabei tritt ein Teil des Mastdarms aus dem After aus, oder das gleiche Phänomen tritt im Körper oberhalb des Schliessmuskels auf. «Beides kann erstens sehr schmerzhaft sein und zweitens zu Stuhlinkontinenz führen», so Marlovits.

So vielfältig die Schädigungen sein können, so unterschiedlich können auch die Ursachen dafür sein. Neben den bereits erwähnten Problemen, die auf Geburten zurückgehen können, kann auch eine allgemeine Bindegewebeschwäche oder ein schwacher Beckenboden die Ursache sein. Da derartige Schwächungen im Alter eher auftreten, ist Inkontinenz auch eher ein Problem älterer Leute.

«Das Ganze kann aber auch eine Frage der Ernährung sein. Wir essen

heute tendenziell zu wenig Ballaststoffe, was erwiesenermassen zu vermehrter Verstopfung führt. Dadurch muss man vermehrt beim Stuhlgang pressen, was die Entstehung eines Mastdarmvorfalles wieder begünstigt. Die Verstopfung versuchen Betroffene oft mit Abführmitteln zu behandeln, damit ist es aber wiederum schwieriger, den dünneren Stuhl halten zu können – ein fataler Teufelskreislauf. Auch Probleme mit den Schliessmuskeln könnten auf chronische Verstopfung zurückzuführen sein beziehungsweise durch chronische Verstopfung verstärkt werden.

Ohne Operation

Die Muskulatur kann durch ein Beckenbodentraining trainiert/gestärkt werden. Beim sogenannten Biofeedback wird durch ein akustisches oder optisches Signal die sonst unbewusst ablaufende Schliessmuskelfunktion hör- oder sichtbar gemacht. Auf diese Weise kann der Patient seinen Beckenboden bewusster und damit besser trainieren.

Weil ein sonst unbewusster Vorgang so wahrnehmbar gemacht wird, kann er nun beeinflusst werden. Die Muskeln werden dabei erst noch verstärkt. Damit Patienten den Stuhl besser halten können, muss dieser mit Medikamenten gegebenenfalls eingedickt werden, wenn er zu dünn ist. Oft kann mit diesen Massnahmen zumindest vorübergehend schon geholfen werden.

Die Eingriffsmöglichkeiten

Mit Operationen könne bei Stuhlinkontinenz häufig geholfen werden, erklärt Marlovits. Das heisse nicht, dass alle, die Probleme hätten, jetzt sofort zum Spezialisten rennen müssten. Ein offenes Gespräch mit dem Hausarzt und allenfalls eine Überweisung seien

«Man kann vielen Betroffenen mit relativ kurzen und relativ kleinen Eingriffen helfen»

aber sinnvoll. «Man kann vielen Betroffenen mit relativ kurzen und kleinen Eingriffen helfen.»

Beim Mastdarmvorfall müssten im Prinzip die schlaffen Teile mit einer so genannten Rektopexie wieder nach oben fixiert werden. Überschüssige Teile des Darmes müssten dabei eventuell entfernt werden. Eine Spezialität Marlovits' – sie kann in der Schweiz nur von einer Handvoll Chirurgen angewandt werden, weil es dazu ein spezielles Gerät braucht, das erst nach einer entsprechenden Schulung abgegeben wird – ist die sogenannte transSTARR-Methode. Mit dem erwähnten Gerät werden grosse überschüssige Darmteile entfernt, der Darm wird nach oben gerafft und wieder befestigt. Die Operation erfolgt durch den After, der Bauch muss nicht eingeschnitten werden – damit ist der Eingriff schmerzfrei. «Das Ganze ist eine Sache von circa 45 Minuten und äusserst erfolgreich», so Harald Marlovits.

Für bestimmte Arten des Mastdarmvorfalles ist es besser, eine sogenannte Rektopexie durchzuführen, wo der Darm von oben her durch den Bauch nach oben fixiert wird. Dieser Eingriff wird mittels einer Bauchspiegelung durchgeführt, es gibt also nur wenige kleine Einschnitte im Bauch.

Operierte werden kann auch ein beschädigter Schliessmuskel. Dabei werden auseinandergewichene oder früher nicht richtig verheilte Enden korrekt vernäht und damit wieder miteinander verbunden. «Auch damit können gute Ergebnisse erzielt werden», so Marlovits.

Sakrale Nervenstimulation

Eine erfolgreiche und sehr elegante Methode ist bei Inkontinenz – «und das sowohl bei Stuhl- als auch bei Urin-

kontinenz», so Marlovits – die sogenannte sakrale Nervenstimulation. Mit ganz feinen Stromstössen wird dabei die Beckenboden- und Schliessmuskelfunktion verbessert.

Bei der erwähnten sakralen Nervenstimulation wird auf der Höhe des Kreuzbeines eine feine Elektrode im Nervengeflecht plaziert. Die Stromstösse reizen die Nerven und beeinflussen damit die Muskelkontraktionen. «Das Ganze ist ein kleiner Eingriff und kann ambulant vorgenommen werden», so Marlovits. Anschliessend wird ein bis drei Wochen geprüft, ob eine Verbesserung erreicht wird – was immerhin bei 80 Prozent der so Behandelten eintritt. Ist das der Fall, wird, ähnlich wie bei einem Herzschrittmacher, eine definitive Batterie implantiert, die jeweils einige Jahre hält. «Wenn es zu keiner Verbesserung kommt, kann die Elektrode ohne weiteres wieder entfernt werden», so Marlovits.

Die Sache mit den Hämorrhoiden

Wenn wir schon beim Thema sind, reden wir mit Harald Marlovits auch gleich über Hämorrhoiden – «ebenfalls ein Volksleiden, über das kaum gesprochen wird und das viel zu häufig lange nicht behandelt wird», so der Spezialist.

Die sogenannten Hämorrhoidalpolster habe jedermann, so Marlovits. Sie liegen oberhalb des Schliessmuskels und dienen dem luft- und wasserdichten Verschluss des Enddarms. Wie dann die gefürchteten Hämorrhoiden entstehen, ist nicht ganz klar. Ballaststoffarme Ernährung, Verstopfung, ein durch Veranlagung schwaches Bindegewebe, Schwangerschaften beziehungsweise Geburten gelten als mögliche Ursachen.

Die Folgen sind aber immer gleich. Die Polster werden grösser und von oben in den After gedrückt. Je nach Schwere der Erkrankung sind sie sogar in verschiedenen Grössenordnungen von aussen sichtbar. Das führt zu Brennen, Blutungen mit hellrotem Blut, Druckgefühlen, spürbaren Knoten oder gar zu Inkontinenz.

In einfachen Fällen kann bereits eine Umstellung der Ernährung helfen. Ballaststoffe und genügend Flüssigkeit – die bekannten zwei Liter pro Tag – können da helfen. Crèmes und Zäpfchen helfen oft bei Anfangsstadien. Bei weiter fortgeschrittenen Stadien sind mechanische Eingriffe nötig. Beim sogenannten 2. Grad erfolgt das mit einer Ligatur – ein Gummiband wird über den Knoten gestülpt, der dadurch austrocknet und nach einigen Tagen abfällt. Die gleiche Wirkung hat in schwereren Fällen eine Verödung. Hier wird eine Flüssigkeit in die Knoten gespritzt, die in der Folge vernarben und schrumpfen. «Dieses Verfahren ist schmerzarm, aber die Gefahr eines erneuten Auftretens ist etwas höher», sagt Marlovits.

Darum muss nötigenfalls operiert werden. Dabei werden die Hämorrhoiden samt Haut und Schleimhaut herausgeschnitten – Ektomie heisst das Fachwort. Auch das ist schmerzhaft, da im After viele schmerzempfindliche Nerven liegen. Ohne regionale Betäubung oder Vollnarkose geht es darum nicht. Marlovits bevorzugt deshalb die «Staplerhämorrhoidektomie nach Longo», um nochmals ein Fachwort zu gebrauchen. Dabei wird überschüssige Schleimhaut mit einem Spezialgerät entfernt und gleichzeitig die restliche Schleimhaut wieder in die korrekte Position gezogen und mit einer speziellen Naht befestigt. «Salopp gesagt, handelt es sich dabei um eine Art Lifting», so Marlovits. Da dieser Eingriff oberhalb des Schliessmuskels in einer schmerzempfindlichen Region erfolgt, ist er logischerweise schmerzfrei und kann stationär mit regionaler Betäubung oder unter Vollnarkose durchgeführt werden. «Das Risiko, dass die Beschwerden wiederkommen, ist im Gegensatz zur Gummibandligatur oder Verödung deutlich geringer», so Marlovits.

Stressinkontinenz DasTVT-Bändchen ist eine sehr erfolgreiche Methode

In der Schweiz leiden etwa 500 000 Frauen an Harninkontinenz. Der unfreiwillige Verlust des Urins hat verschiedene Ursachen und kann auch als gemischte Form auftreten.

In 90 Prozent aller Fälle ist die Ursache eine sogenannte Stressinkontinenz. Bei diesen Frauen funktioniert der Schliessmuskel der Harnröhre nicht mehr richtig. Er kann dem plötzlichen Druckanstieg in der Blase nicht standhalten. Das führt zu unkontrolliertem Verlust kleinerer und grösserer Mengen Urin bei Husten, Niesen, Lachen, Heben von schweren Lasten, Treppensteigen und Laufen.

Als Ursache dieser Funktionsstörung werden schwere Geburten, Übergewicht, Bindegewebsschwächen, Hormonmangel, aber auch genitale Senkungen von Harnblase und Gebärmutter verantwortlich gemacht.

Harninkontinenz hat für die Betroffenen sehr unangenehme Folgen. Eine inkontinente Frau muss je nach Schweregrad vor allem verschiedene soziale Nachteile in Kauf nehmen. Sie ist gezwungen, täglich Binden zu

tragen, sie leidet unter störendem Geruch und ständigem Feuchtigkeitsgefühl. Sie ist eingeschränkt bei Sport, Wanderungen und Tanzen, bei der Arbeit und im Haushalt. Das gesamte gesellschaftliche Leben wird durch diese Störung beeinträchtigt.

Nach einer langen Phase der Verleugnung mit täglichem Tragen der Binden folgt oftmals eine langwierige und relativ erfolglose Behandlung mit Hormonen, Beckenbodengymnastik, Elektrostimulation und verschiedenen medikamentösen Therapien. Auch verschiedene Behandlungen wie etwa Akupunktur führen in den meisten Fällen nicht zum gewünschten Erfolg.

Weniger bekannt ist, dass ein relativ einfacher Eingriff sehr gute Ergebnisse zeitigt: Wir operieren diese Funktionsstörung seit nunmehr zehn Jahren erfolgreich mit dem sogenanntenTVT-Bändchen. Der Eingriff dauert rund 30 Minuten und wird im allgemeinen ambulant in Spinalanästhesie durchgeführt. Vor jederTVT-Operation führen wir bei uns eine urodynamische Untersuchung durch, um

mit Sicherheit die Diagnose Stressinkontinenz stellen zu können. Diese Untersuchung wird in der Praxis durchgeführt und dauert rund 35 Minuten. Für diese Untersuchung ist keine Narkose erforderlich. Auch bei Frauen, die vor vielen Jahren schon eineTVT-Operation erhalten haben und jetzt wieder zunehmend inkontinent werden, kann ein erneuter Eingriff nach urodynamischer Abklärung durchgeführt werden. Als Ursache dieser erneuten Inkontinenz können Gewichtsabnahme, zunehmende Gewebeschwäche und Hormonmangel in Frage kommen.

Vor jeder Abklärung und Operation wird die hilfeschende Patientin von uns ausführlich beraten und über alle Möglichkeiten informiert. Die Erfolgsrate derTVT-Operation liegt (nach korrekter und umfassender Abklärung) bei rund 90 Prozent und ist allen anderen operativen Methoden bezüglich Risiken, Komplikationen und Hospitalisationsdauer bei weitem überlegen.

Dr. med. Gerald Stelz