

# Anale Inkontinenz behandeln

**Dr. Gerd Kolbert | Jährlich erleiden rund 6.000 Frauen in Deutschland geburtsbedingt eine anale Inkontinenz. Da die primäre Versorgung auch nach schwerer Verletzung nur selten von einem Proktochirurgen geleistet werden kann, sollten sich Frauen mit entsprechenden Beschwerden nach etwa sechs Wochen einem erfahrenen Spezialisten vorstellen**

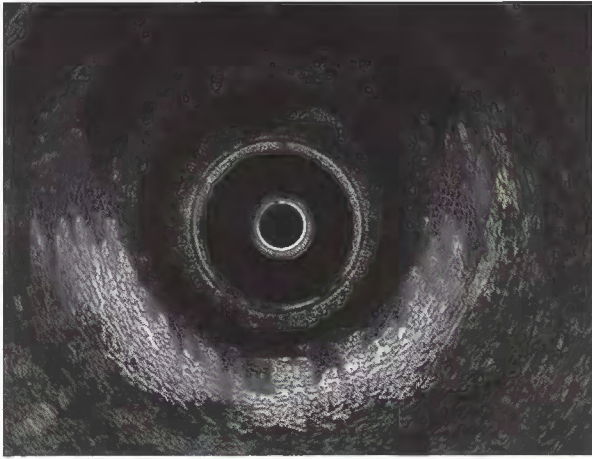


Abbildung 1: Endosonografisches Bild eines Normalbefundes bei der Frau in Höhe der Puborektalisschlinge

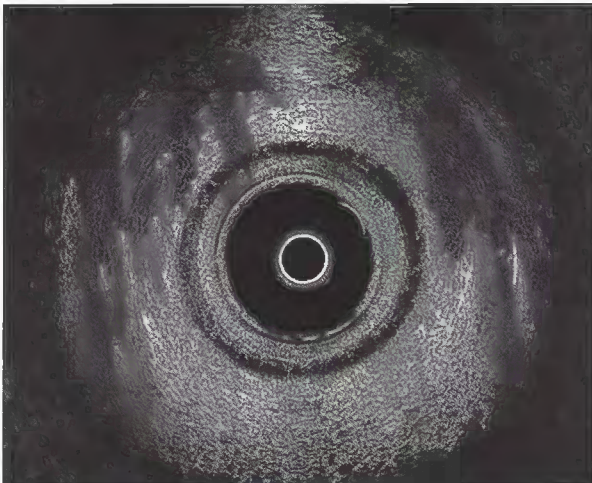


Abbildung 2: Endosonografisches Bild eines Normalbefundes bei der Frau in Höhe der Externusmuskulatur

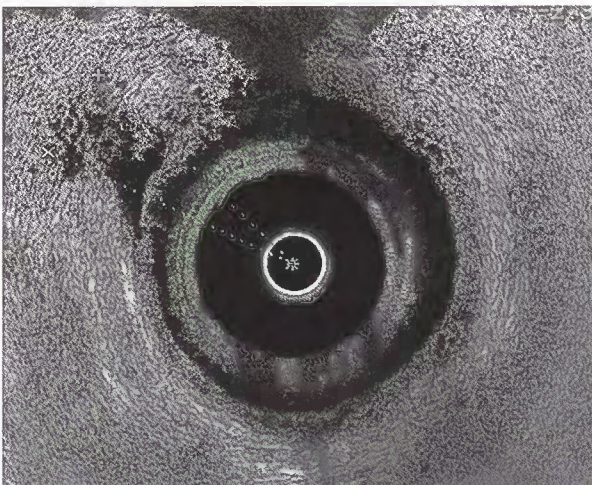


Abbildung 3: Endosonografisches Bild eines Defektes des Musculus sphincter externus nach Dammriss dritten Grades bei 10-11° in Steinschnittlage

Jede vaginale Geburt kann dazu führen, dass das Kontinenzorgan oder der gesamte Beckenboden beeinträchtigt werden. Zum einen kann der Schließmuskelapparat direkt Schaden nehmen – mit oder ohne Dammriss –, zum anderen kann auch die alleinige Beeinträchtigung der Nerven, die die Schließmuskulatur versorgen, eine dauerhafte Stuhlhalteschwäche zur Folge haben, ohne dass offensichtlich Muskeln verletzt worden sind.

## Wahrscheinlichkeiten

Die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften analen Inkontinenz nach vaginaler Geburt wird kontrovers diskutiert. In einer breit angelegten Untersuchung bei 20.500 Geburten konnten Venkatesh et al. 1989 bei etwa fünf Prozent der vaginal erfolgten Geburten einen Dammriss dritten oder vierten Grades nachweisen. Trotz primärer Versorgung dieser Sphinkterverletzung klagten in einer Langzeitbeobachtung später zehn Prozent dieser Gruppe über eine anhaltende anale Inkontinenz, so dass von einer Gesamtzahl von 0,5 Prozent höhergradiger Inkontinenz nach vaginaler Geburt ausgegangen werden kann.

Überträgt man diese Zahlen auf deutsche Verhältnisse, so errechnet sich bei etwa 580.000 vaginalen Geburten im Jahr 2004 eine Zahl von circa 3.000 Frauen pro Jahr, die eine dauerhafte Inkontinenz durch Schließmuskelverletzungen während der Geburt erleiden. In etwa die gleiche Zahl muss noch durch Traumata, wie etwa Zangengeburt und andere Risikofaktoren, hinzugerechnet werden. Somit erleiden jährlich rund 6.000 Frauen in Deutschland geburtsbedingt eine anale Inkontinenz.

Die Wahrscheinlichkeit einer analen Inkontinenz steigt mit dem Grad des Dammrisses an. So stellt der Dammriss dritten oder vierten Grades das höchste Risiko für eine anale Inkontinenz dar. Weiterhin ist die Wahrscheinlichkeit eines Dammrisses und damit auch der Entwicklung einer Inkontinenz deutlich erhöht bei Erstgebärenden und bei einem hohen Geburtsgewicht. Gerade der letztgenannte Grund spielt

heute eine zunehmende Rolle, da das durchschnittliche Geburtsgewicht der Neugeborenen in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist. Ebenso stellt die Zangengeburt und die Vakuumextraktion ein erhöhtes Trauma für die Beckenboden- und Sphinktermuskulatur dar. Als weitere Faktoren wurden der nicht durchgeführte Dammschutz und die prolongierte Geburt festgestellt (Samuelsson et al. 2000).

Als Risikofaktoren für die Entwicklung eines Dammrisses lassen sich demnach zusammenfassen:

- Nullipara
- hohes Geburtsgewicht
- Zangengeburt
- Vakuumextraktion
- Episiotomie
- fehlender Dammschutz
- prolongierte Geburt.

## Vermeidungsstrategie

Der Umkehrschluss, dass eine großzügige Episiotomie einen Dammriss mit all seinen Folgen vermeiden könnte, kann aber so nicht gestellt werden, da auch insbesondere die mediane Episiotomie in verschiedenen Studien als Risikofaktor für einen weiterführenden Dammriss angesehen wurde. Unterschieden werden sollte hier die restriktive von der liberalen oder routinemäßigen Episiotomie. Dies bedeutet, dass eine Episiotomie nur aus kindlicher Indikation oder zum Schaffen von Raum bei entsprechenden Geburtsproblemen erfolgen sollte.

Zwar steigt auch in Deutschland die Zahl der Kaiserschnittgeburten kontinuierlich von circa 130.000 im Jahr 1994 auf rund 180.000 im Jahr 2004. Dies entspricht einer Zahl von 27 Prozent. Es wird aber auch in Zukunft für die Mehrzahl der Frauen der ‚Wahlkaiserschnitt‘ nicht die Alternative zur natürlichen vaginalen Geburt sein. Somit muss, da unter der „normalen“ – sprich der vaginalen – Geburt häufig nicht mehr die Möglichkeit besteht, entscheidend einzugreifen, ein wesentliches Augenmerk auf die Betreuung der Schwangeren vor der Geburt gelegt werden. Bereits hier sollten frühzeitig Risiken,

wie erhöhtes Geburtsgewicht, enge anatomische Verhältnisse des Beckens, problematische Kindslagen oder bereits bestehende Schließmuskelverletzungen und eine anale Inkontinenz erkannt und entsprechend dann die Art des Geburtsweges abhängig von diesen bekannten Gegebenheiten gewählt werden.

Die anale Kontinenz ist definiert als die Fähigkeit, Stuhl willkürlich zurückzuhalten und Ort und Zeit der Entleerung selbst zu bestimmen. Nach erfolgtem Schließmuskelschaden, unabhängig davon, ob dieser durch einen Dammriss, aufgrund einer okkulten Verletzung der Muskulatur oder einer reinen Nervenschädigung erfolgt ist, wird die daraus eventuell resultierende anale Inkontinenz in drei Grade eingeteilt. Grad 1 beschreibt hierbei den unwillkürlichen Abgang von Winden. Bei der analen Inkontinenz Grad 2 kann flüssiger oder sehr weicher Stuhl nicht mehr eingehalten werden. Bei einer Inkontinenz Grad 3 können keinerlei Stuhlformen, also auch kein fester Stuhl mehr, willkürlich zurückgehalten werden. Unterschiede werden müssen diese Formen vom so genannten Stuhlschmierer oder auch ‚soiling‘. Hiermit ist der unbemerkte Abgang von minimalen Stuhlresten besonders bei körperlicher Belastung gemeint. Der Patient klagt sonst allerdings nicht über Probleme beim Einhalten.

Nicht jede Schließmuskelverletzung führt automatisch sofort zu einer analen Inkontinenz. Der Verschlussapparat des Enddarmes besteht aus einem komplexen System von Muskeln, Nerven, sensibler Haut und Schwellkörpern. Zudem hängt die Kontinenzleistung von der Konsistenz und Frequenz des Stuhles, dem Aufnahmevermögen des Mastdarmes und von der Koordination im Rahmen der Entleerung ab. Die Schließmuskulatur stellt dem entsprechend nur einen, wenn auch wesentlichen Faktor der Kontinenz dar. Häufig führen Schließmuskelverletzungen, falls diese nicht gravierend waren, erst nach Jahren bis Jahrzehnten zu einem Kontinenzdefizit. Dies wird damit begründet, dass zum einen die Schließmuskulatur degenerativen Veränderungen unterliegt und dadurch die Muskelkraft über die Jahre nachlässt. Zum anderen kommen im höheren Alter zunehmend auch neurologische Aspekte zum Tragen, so dass erst das Versagen mehrerer Faktoren zu einer analen Inkontinenz führt. Diese Inkontinenzerscheinungen treten jedoch bei Frauen mit geburtstraumatischer Sphinkterverletzung nach entsprechen-

der Kompensationsphase sehr viel früher im Leben auf, als bei Frauen ohne diese Verletzungen.

## Die Diagnostik

Bei einem Dammriss dritten oder vierten Grades bedarf es unmittelbar bei der Geburt keiner weiteren Diagnostik der Sphinkterverletzung, da diese offensichtlich unter der Geburt erfolgt ist und die zerrissenen Enden der Muskulatur frei liegen. Jedoch kann ein Teil der vorderen Schließmuskulatur auch ohne tiefer greifende Hautverletzungen Schaden nehmen, ohne dass dies im Rahmen der Geburt offensichtlich wird. Erst mit der Entwicklung der analen Endosonografie konnte nachgewiesen werden, dass es trotz intaktem Damm bei bis zu 35 Prozent der Erstgebärenden zu Verletzungen des Musculus sphincter internus und/oder des Musculus sphincter externus kommt. Die Rate bei Mehrgebärenden liegt mit bis zu 44 Prozent hier noch höher (Sultan et al. 1993). Aus diesem Grund sollten sich alle Frauen – insbesondere wenn sie über Kontinenzbeschwerden klagen –, bei denen sich ein Dammriss dritten

oder vierten Grades ergeben hat, nach etwa sechs Wochen einer analen Endosonografie bei einem versierten Proktochirurgen unterziehen. Dies sollte aus den oben genannten Gründen auch bei Frauen erfolgen, die post partum über eine anale Inkontinenz klagen, obwohl hier keine Dammverletzung erfolgt war.

Die früher durchgeführten sehr belastenden Untersuchungen durch konzentrische Nadelelektroden wurden durch die anale Endosonografie fast vollständig abgelöst. Eine neurophysiologische Untersuchung beispielsweise des Nervus pudendus kann bei einer analen Inkontinenz unterstützend erfolgen, wenn die Muskulatur ansonsten unauffällig ist. Die Wertigkeit der analen Manometrie wird heute zur Diagnostik der Inkontinenz zunehmend in Frage gestellt, da sowohl Patientinnen mit guten Manometriewerten über Inkontinenzereignisse klagen als auch umgekehrt niedrige Manometriewerte mit keinerlei Inkontinenzerscheinungen einhergehen können. Die Manometrie besitzt daher ihren Stellenwert eher in

### DER AUTOR

**Dr. Gerd Kolbert** ist Chirurg und Koloproktologe am End- und Dickdarmzentrum Hannover.

# praktisch

... auf der ganzen Linie:

AZH

Neue Produkte aus unserer

line edition

#### Das Hebammen-Journal:

**Ihr mobiles Büro!**  
Ein exklusives Timer-Ringbuch im A5-Format, das es in sich hat.



**Selbstverständlich:**  
Jahres- und Monatsübersicht, dazu Tagesblätter für Ihre Planung.



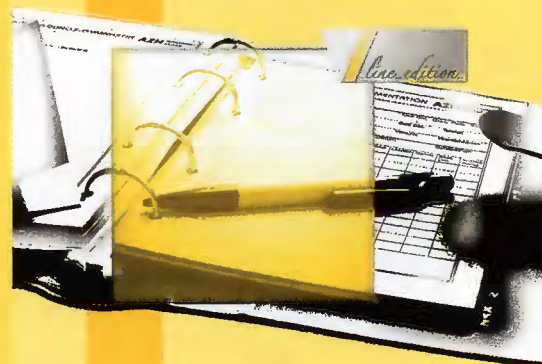
**Dokumentieren Sie**  
auf Formularen  
und Ergänzungsblättern:



Befund und Zustand •  
Geburtsvorbereitung •  
Rückbildungsgymnastik •  
Nachsorge •  
... und vieles mehr



## Hebammen-Journal



Partner der Hebammen

**AZH**

[www.hebammen-azh.de](http://www.hebammen-azh.de)

Telefon: 09072/9584-0  
Telefax: 09072/9584-20

Abrechnungszentrale für Hebammen GmbH

Alois-Moser-Straße 6 • 89415 Lauingen  
Postfach 1111 • 89411 Lauingen

der Verlaufskontrolle der konservativen Therapie als in der primären Diagnostik. Die angeführten diagnostischen Untersuchungen können und sollten, falls noch nicht erfolgt, selbstverständlich auch noch nach Jahren oder Jahrzehnten durchgeführt werden, da Schließmuskelschäden sich auch dann noch exakt mit der Endosonografie nachweisen lassen.

**Möglichkeiten der Versorgung**

Die primäre Versorgung eines Dammschnittes oder eines Dammrisses erfolgt in der überwiegenden Zahl der Fälle unmittelbar nach der Geburt durch den Geburtshelfer oder durch die Hebamme. Dies geschieht auch meist bei einem höhergradigen Dammriss mit Beteiligung der Schließmuskulatur oder bei einer Durchtrennung aller Gewebeschichten bis in den Mastdarm (Abbildung 4).

Grund hierfür ist die mangelnde Verfügbarkeit eines mit der entsprechenden



Abbildung 4: Primär durch Geburtshelfer versorgter Dammriss vierten Grades fünf Wochen post partum



Abbildung 5: Kompletter Dammverlust nach Dammriss vierten Grades

chirurgischen Expertise ausgestatteten Proktochirurgen zur rechten Zeit am richtigen Ort. Nichtsdestotrotz sollte nach erfolgter primärer Versorgung die Frau mit einer entsprechenden Schädigung im Intervall, das heißt nach etwa sechs Wochen, einem in der Versorgung von Schließmuskelverletzungen erfahrenen Proktochirurgen vorgestellt werden. Dort kann dann zum einen die weiterführende Diagnostik mit Endosonografie und gegebenenfalls Manometrie sowie neurophysiologischen Untersuchungen durchgeführt werden und zum anderen ein Status der Schließmuskelleistung nach abgeschlossener Wundheilung erfolgen. Auch wenn die Frau zum gegebenen Zeitpunkt über keine Kontinenzdefizite klagt, kann eine frühzeitige Statuserhebung für die weitere Therapieplanung hilfreich sein. In jedem Falle empfiehlt sich ein dauerhaftes und intensives Training der Beckenboden- und auch der Schließmuskulatur nach erfolgtem Trauma.

Die Frage des Zeitpunkts der sekundären Versorgung eines Schließmuskelschadens muss immer im Zusammenhang mit dem vorher bestehenden Kontinenzdefizit gesehen werden. Ein geringer Schließmuskeldefekt ohne Inkontinenzereignisse bedarf keiner chirurgischen Versorgung. Ein kompletter Dammverlust nach Dammriss vierten Grades (Abbildung 5) mit einer analen Inkontinenz dritten Grades ist für eine junge Frau hoch belastend und sollte zum frühest möglichen Zeitpunkt, gegebenenfalls auch unter Stomaschutz, versorgt werden.

Für alle zwischen diesen beiden Extremen liegenden Formen der Schließmuskelverletzungen und Inkontinenzgrade wird der Zeitpunkt der Versor-

gung abhängig vom Beschwerdebild der Patientin und deren Lebenssituation bestimmt. Eine Versorgung kann auch nach mehreren Jahren oder Jahrzehnten noch mit gutem Erfolg durchgeführt werden. Die meisten Rekonstruktionen werden heute in der Technik nach Parks durchgeführt, wobei die Enden der Schließmuskeln durch eine überlappende Naht wieder adaptiert werden und so die sich aktiv kontrahierende Muskulatur wieder einen Ring bildet (Abbildung 6).

Bei ausgeprägten Verletzungen kann diese Technik mit einer anterioren Le-

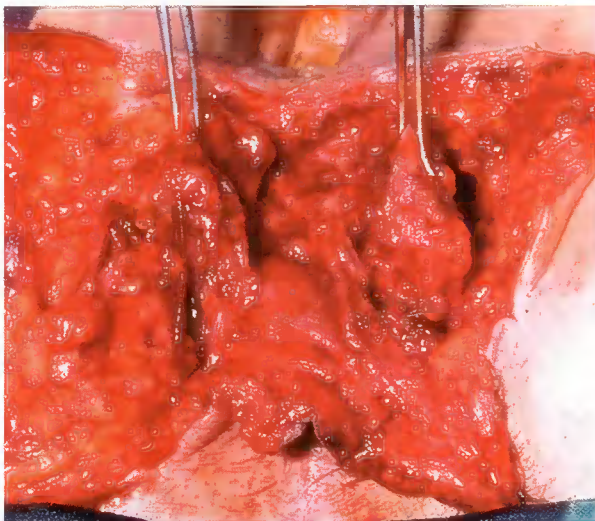


Abbildung 6: Rekonstruktion nach Parks bei breitem anterioren Muskeldefekt

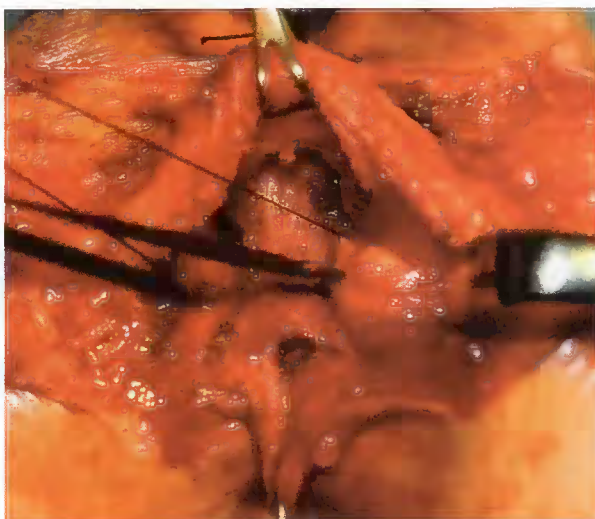


Abbildung 7: Anteriore Levatornaht bei analer Inkontinenz nach Geburtstrauma

**VORGESTELLT**

Im **End- und Dickdarmzentrum Hannover – edh** werden pro Jahr etwa 17.000 Patienten mit koloproktologischen Erkrankungen behandelt und circa 1.500 Operationen durchgeführt. Ein Spezialgebiet ist hier die Behandlung der analen Inkontinenz, wobei die gesamte Diagnostik mit Manometrie, Endoskopie und Endosonografie im Zentrum durchgeführt werden kann. Eine eigene Abteilung beschäftigt sich mit der konservativen Behandlung der Inkontinenz mit Biofeedback und Elektrostimulationstherapie. Das Zentrum ist ärztliche Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft für anale Inkontinenzprobleme.

Kontakt:  
 End- und Dickdarmzentrum Hannover – edh, Mendelssohnstraße 26a, 30173 Hannover  
 E-Mail: info@ed-hannover.de  
 www.ed-hannover.de

vatorplastik kombiniert werden. Hierbei werden die beiden Enden der Puborektalisschlinge hinter der Scheide und oberhalb der Externusschließmuskulatur als zusätzliche Verstärkung vereinigt (Abbildung 7).

Weitere Rekonstruktionen können zum Beispiel nach isoliertem Abriss eines Levatorschenkels am Os pubis oder am Arcus tendineus durch eine direkte Readaptation erfolgen.

Nach derart ausgeprägter Rekonstruktion muss jedoch den Patientinnen klar sein, dass eine erneute vaginale Geburt das stark erhöhte Risiko eines erneuten Risses der nun in einer Narbe eingebetteten Muskulatur birgt. Sinnvollerweise sollten solche Eingriffe, falls dies die Kontinenzsituation erlaubt, erst nach abgeschlossener Familienplanung erfolgen. Alternativ sollte den Patientinnen die Möglichkeit einer Kaiserschnittbindung – unter Abwägung der damit verbundenen Risiken im Vergleich zu einer erneuten Schädigung des Kontinenzorgans – aufgezeigt werden.

### Schließmuskel rekonstruieren?

Trotz der in der Einleitung genannten Zahl der durch Geburten verursachten Schließmuskelschädigungen, erscheint die Zahl der in Deutschland elektiv versorgten Schließmuskeldefekte mit weniger als 500 pro Jahr gering. Dies

liegt zum einen an der hohen Kompensationsreserve des Kontinenzapparats und zum anderen an der noch immer verbreiteten Meinung, dass ein gewisses Kontinenzdefizit nach der Geburt und besonders im fortgeschrittenen Alter ‚normal‘ sei. Dem gegenüber stehen die heute exzellenten Methoden durch konservative Maßnahmen und dauerhaftes Beckenbodentraining (kombiniert mit speziellen Schließmuskulübungen, Biofeedback oder Elektrostimulationstraining) die Schließmuskulatur nach einer Schädigung wieder aufzubauen oder einer frühzeitigen Insuffizienz entgegenzuwirken. Weiterhin ist inzwischen erwiesen, dass es ohne diese Maßnahmen zu einem verstärkten und früheren Auftreten einer analen Inkontinenz kommt (Fornell et al. 2005). Zwar nimmt die Kontinenzleistung auch nach einer chirurgischen Versorgung des Sphinkterschadens entsprechend der normalen Rate mit der Zeit ab. Dieser Zeitpunkt kann aber durch die Rekonstruktion um Jahre nach hinten verschoben werden.

Für die Ergebnisse der Rekonstruktionen gilt, dass der Erfolg umso besser ist, je größer vorher der Inkontinenzgrad war. Das heißt, dass es sehr

schwer ist, eine geringe Inkontinenz für Gas durch chirurgische Maßnahmen zu verbessern, der Benefit für Patientinnen mit einer Inkontinenz dritten Grades hingegen nach einem chirurgischen Eingriff ungleich höher ist. Somit kann durch einen Eingriff in etwa 80 Prozent der Fälle eine Verbesserung erzielt werden (Sangalli et al. 1994), eine vollständige Wiederherstellung der Kontinenzleistung ist jedoch nur bei 30 bis 40 Prozent der Patientinnen möglich (Kolbert et al. 1998). Des Weiteren muss bedacht werden, dass – wie erwähnt – der einmal erzielte Benefit im Laufe der Jahre wieder abnimmt. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, von vornherein auf einen Rekonstruktionsversuch zu verzichten.

#### DEFINITION

##### Manometrie

Bei der Rektummanometrie wird in Linksseitenlage eine dünne Messsonde mit einem Außendurchmesser von circa vier Millimeter und einem kleinen aufblasbaren Ballon an der Spitze durch den Analkanal etwa zehn Zentimeter weit in den Enddarm eingeführt. Anschließend wird die Kraft des Schließmuskels in Ruhe und bei Anspannung gemessen. Im nächsten Untersuchungsschritt wird der Ballon allmählich mit Luft gefüllt, um damit eine Stuhlfüllung des Rektums zu imitieren. Hierbei werden der rektoanale Inhibitionsreflex, Wahrnehmungsschwellen und die Wandspannung des Enddarms ermittelt.

#### LITERATUR

Venkatesh, K. S. et al.: Anorectal complications of vaginal delivery. Dis Colon Rectum Dec 32(12) 1039-41 (1989)

Samuelsson, E. et al.: Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. BJOG Jul 107(7) 926-31 (2000)

Sultan, A. H. et al.: Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. NEJM Dec 329(26) 1905-1911 (1993)

Fornell, E. U. et al.: Obstetric anal sphincter injury ten years after: subjective and objective long term effects. BJOG Mar 112(3) 312-6 (2005)

Sangalli, M. R. et al.: Results of sphincter repair in postobstetric fecal incontinence. J Am Coll Surg. Nov 179(5) 583-6 (1994)

Kolbert, G. W. et al.: Die anteriore Levatorplastik als Therapie der anorektalen Inkontinenz. Coloproctology 20 45-57 (1998)

## praktisch!

... auf der ganzen Linie:

AZH

Neue Produkte aus unserer

line.edition



Die Alternative zum bewährten Klassiker  
**Hebammen-Tasche:**

Der **Hebammen-Rucksack** ist mit vielen Innen- und Außentaschen perfekt für Sie und Ihre Ausrüstung vorbereitet.

Auf Wunsch erhalten Sie den Rucksack auch fertig ausgestattet.

- zweckmäßig
- professionell
- rücken schonend
- robust



## Hebammen-Rucksack



Partner der Hebammen

**AZH**

[www.hebammen-azh.de](http://www.hebammen-azh.de)

Telefon: 09072/9584-0

Telefax: 09072/9584-20

Abrechnungszentrale für Hebammen GmbH

Alois-Moser-Straße 6 • 89415 Lauingen

Postfach 1111 • 89411 Lauingen