

Die Sakrale Nervenstimulation

Eine weitere operative Möglichkeit zur Therapie der Urin- und Stuhlinkontinenz

Dr. med. Michael Roblick

Das wichtigste Kriterium für jeden Patienten stellt seine Lebensqualität dar. Diese zu verbessern muss das höchste Ziel des behandelten Arztes sein.

Inkontinenz schränkt die Lebensqualität ein

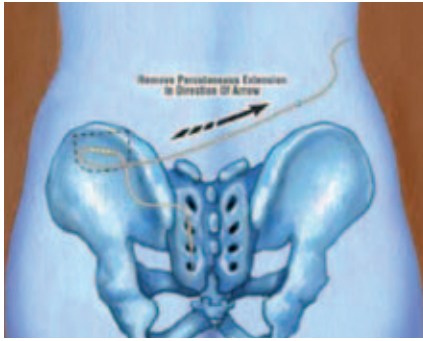
Die Inkontinenz, egal ob mit der Einschränkung Urin oder Stuhl nicht mehr halten zu können, stellt ein solches, die Lebensqualität stark einschränkendes Problem dar. Vor allem Frauen ab dem 40. Lebensjahr sind betroffen. Das liegt zum einen an dem bereits schwächer angelegten Schließmuskel, zum anderen an natürlichen Alterungsprozessen des Beckenbodens. Hinzu kommen verschiedene Verletzungen, die z.B. bei Geburten oder durch Operationen (Fisteln, Hämorrhoiden) im Laufe des Lebens entstehen. Auch das Harnsystem und die Sexualorgane (Vorfall) sind mehr oder weniger stark betroffen. Eine weitere Ursache der Inkontinenz kann durch eine Schädigung des Nervs erfolgen, der den Beckenboden versorgt.

Ausführliche Diagnostik

Stellt sich ein Patient mit Inkontinenzproblemen bei uns vor, muss zuerst in einem ausführlichen Gespräch der Umfang und mögliche Ursachen für die Halteschwäche gefunden werden. Bei der körperlichen Untersuchung tastet der Arzt mit dem Finger vorsichtig den After ab. Diese Untersuchung wird ergänzt durch eine Druckmessung und eine Ultraschalluntersuchung des Schließmuskels. So kann der Untersuchende besser beurteilen, ob und in welchem Ausmaß der Schließmuskel oder der Nerv geschädigt ist. Dem Patienten wird ein Stuhltagebuch ausgehändigt in dem alle Stuhlgänge und alle Ereignisse, „... bei denen etwas daneben geht“, festgehalten werden.

Vorrang der konservativen Therapie

Es sollte nie sofort operiert werden. Liegt eine Stuhlhalteschwäche vor, so beginnt jede Behandlung zunächst mit einfachen Maßnahmen. Der Arzt verändert z.B. den Stuhl so, dass er besser gehalten werden



Dekonnektion des Ausleitungskabels.



Tunnelierung des Verlängerungskabels in SN-Tasche (gluteal).

kann. Mit Zäpfchen und Spülungen wird die Entleerung erleichtert. Was sich nicht mehr im Darm befindet, kann nicht in die Hose gehen. Weitere Maßnahmen dienen der Verbesserung der Muskelspannung und der muskulären Wahrnehmung im Beckenboden. Hierzu gehört die Beckenbodengymnastik. Ist diese nicht erfolgreich wird ein Biofeedback-Training eingeleitet. Hierbei kontrolliert der Patient zuhause und selbstständig, ob er beim Kneifen auch wirklich die richtigen Muskeln zusammenzieht. Ein Erfolg ist bei beiden Trainingsmethoden frühestens nach drei bis sechs Monate zu erwarten. Ist die Lebensqualität trotz all der oben genannten Maßnahmen nicht ausreichend hergestellt kommen nun auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten die operativen Therapien zum Zuge.

Operationsmethoden

Bis vor einigen Jahren konnte nur eine Verbesserung des Leidens durch Operationen am Beckenboden oder direkt durch Naht des geschädigten Schließmuskels erreicht werden. Diese Methoden beinhalteten zwei

Nachteile. Zum einen wurde die Kraft des operierten Muskels nach drei bis fünf Jahren wieder schlechter. Zum anderen wurden die Patienten mit einem Nervenschaden nur unzureichend mit dieser Therapie behandelt.

1982 hatte ein amerikanischer Urologe die geniale Idee, nicht den verletzten Schließmuskel zu operieren, sondern sich auf das Nervengeflecht zu konzentrieren, das den Beckenboden bedient. Es sitzt vor dem Kreuzbein (Os sacrum = „heiliger Knochen“, daher „sakrale Nervenstimulation“) in Verlängerung zur Wirbelsäule. Die Idee war, mit einem Schrittmacher, wie am Herzen, einen elektrischen Reiz zu produzieren, der zu einem verbesserten Zusammenziehen des Beckenbodens führen sollte. Dies gelang zuerst für die Urininkontinenz. Im Jahre 1991 nutzte man die Methode zum ersten Mal in Deutschland bei Patienten mit Stuhlhalteschwäche.

Die sakrale Nervenstimulation

Probestimulation

Die sakrale Nervenstimulation wird in zwei Stufen durchgeführt. Im ersten



Schrittmacher.



Permanente Sonde.

Schritt erfolgt eine sogenannte Probestimulation. Hierbei werden haarfeine Sonden in Narkose ohne Schnitt durch vorbestehende Lücken beim auf dem Bauch liegenden Patienten durch knöchernen Lücken im Kreuzbein in das Becken eingebracht. Diese Operation ist für den Patienten nicht belastend, Schmerzen treten auf Grund der feinen Sonden so gut wie nie auf. Die Sonden werden vom Chirurgen in der Nähe des Nervengeflechts im Becken platziert und nur durch Kle-

befolie auf der Haut fixiert. Schäden am Nervengeflecht durch diese Operation wurden nach weltweit 100.000 durchgeführten Operationen nicht beschrieben. Durch ein mit der Sonde verbundenes Stimulationsgerät in Zigarettenschachtelgröße, das der Patient am Gürtel trägt, werden nun elektrische Impulse abgegeben. Diese sollen eine verbesserte Kontraktion des Beckenbodens bewirken. Der Patient führt wieder ein Stuhltagebuch und notiert alle Inkontinenzereignisse. Bereits nach einigen Tagen ist klar, ob das System Wirkung zeigt. Der Arzt erfährt gleichzeitig, ob der Patient mit dem Stimulationsgerät zurechtkommt und dieses problemlos bedienen kann. Nur ein Patient der keine Angst hat kleinere Einstellungen am Steuergerät selbst durchzuführen, wird auf Dauer von dem Gerät profitieren.

Nach 10 bis 14 Tagen wird das Probestimulationsgerät, ob es nun genutzt hat oder nicht, mit allen Drähten entfernt, dies



Bedienung SNS.



*Dr. Michael Roblick ist Chirurg
am End-und Dickdarmzentrum in Hannover.
E-Mail: info@edh.de*

ist vollständig schmerzfrei. Anschließend wird abgewartet, wann es wieder zu einer Verschlechterung kommt, auch dies wird mit einem Stuhltagebuch geprüft und festgehalten.

Einsetzen des Schrittmachers

Nur wenn der Patient angibt, bei der Probestimulation deutlich profitiert zu haben, führen wir frühestens nach vier bis sechs Wochen die zweite, endgültige Operation durch. Erst dann wird das gesamte System unter die Haut in der Flanke eingesetzt. Bei dieser Operation werden dann zwei kleine Hautschnitte notwendig. Zusammen mit dem Schrittmacher erhält der Patient eine Fernbedienung, mit der er das Gerät von außen durch die Haut



an- und ausschalten und die Stromstärke regulieren kann. Optimal ist die Stromstärke eingestellt, wenn er ein dezentes Kribbeln im Beckenboden verspürt, dies wird meist als angenehm empfunden.

Einschränkungen in seinen Aktivitäten gibt es für den Patienten nicht. Die Herstellerfirma rät nach der Operation von MRT-Untersuchungen ab. Das Batteriegerät selbst hat eine Lebensdauer von sieben bis zehn Jahren und kann über einen kleinen Hautschnitt problemlos ausgetauscht werden. Eine Altersbegrenzung für den Eingriff gibt es nicht. Allerdings sollte eine gewisse Bereitschaft zum Umgang mit der Fernbedienung beim Patienten vorhanden sein. Die Technik ist leicht erlernbar.

In unserer Praxis werden regelmäßige Treffen der bereits implantierten Patienten organisiert, bei denen diese sich untereinander austauschen können. Eine kompetente Beratung durch Mitarbeiter der Herstellerfirma und Ärzten ist bei diesen Treffen gewährleistet. Dies wird von den Betroffenen sehr gut angenommen.

Fazit

Insgesamt sind wir sehr froh, mit der sakralen Nervenstimulation eine weitere, für den Patienten wenig beeinträchtigende operative Maßnahme zur Behandlung der Stuhlhalteschwäche zur Verfügung zu haben. Mit ihr kann die Lebensqualität nachhaltig verbessert werden.

Einbau der zeitlich begrenzten Sonde.