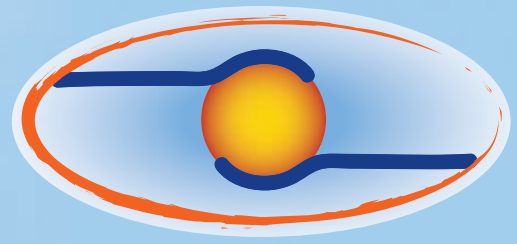


Die 50 häufigsten
Fragen und deren
Antworten zu:



TrueStop®-Analtampons



TrueStop®

Ein Produkt der Trusetal Verbandstoffwerk GmbH

Lebensqualität durch Kontinenz!

Seite 3	<ul style="list-style-type: none"> 1. Definition der Stuhlinkontinenz bei Kindern und Erwachsenen 2. Was versteht man unter Stuhl-Teilkontinenz bei Kindern? 3. Was versteht man unter Stuhl-Teilkontinenz bei Erwachsenen? 4. Was versteht man unter Überfließinkontinenz bei Kindern? 5. Was versteht man unter Überfließinkontinenz bei Erwachsenen? 6. Ursachen der Stuhlinkontinenz bei Kindern 7. Ursachen der Stuhlinkontinenz bei Erwachsenen 8. Ursachen der Stuhlinkontinenz in der Geriatrie
Seite 4	<ul style="list-style-type: none"> 9. Diagnostische Methoden der Stuhlinkontinenz 10. Welche Bedeutung hat die rektale Untersuchung? 11. Gibt es Frühwarnsymptome der Stuhlinkontinenz bei Kindern und Erwachsenen? 12. Was versteht man unter der Bezeichnung „diagnostische Trias“? 13. Was versteht man unter der Bezeichnung „anorektale Manometrie“? 14. Was versteht man unter einer Sektormanometrie?
Seite 5	<ul style="list-style-type: none"> 15. Klassifikation der Inkontinenz mit Hilfe der Manometrie 16. Was versteht man unter endoanalem Ultraschall? 17. Was kann man mit der anorektalen Endoskopie feststellen? 18. Welche präventiven (= vorbeugende) Maßnahmen gibt es bei Stuhlinkontinenz? 19. Therapie Stuhlinkontinenz: konservativ 20. Therapie Stuhlinkontinenz: operativ
Seite 6	<ul style="list-style-type: none"> 21. Therapie Stuhlinkontinenz: Toilettentraining 22. Was versteht man unter einem Biofeedback-Schließmuskeltraining bei Kindern? 23. Therapie Stuhlinkontinenz: aktives Schließmuskeltraining 24. Was versteht man unter passivem Schließmuskeltraining? 25. Therapie Stuhlinkontinenz: passives Schließmuskeltraining
Seite 7	<ul style="list-style-type: none"> 26. Wann ist nach Beginn des passiven Schließmuskeltrainings mit einer Besserung zu rechnen? 27. Wie lässt sich der Erfolg des passiven Schließmuskeltrainings messen? 28. Therapie Stuhlinkontinenz: aktives Schließmuskeltraining und Tampon 29. Wie lange dauert es, bis durch aktives Schließmuskeltraining eine Besserung eintritt? 30. Wie kann man den Erfolg des aktiven Schließmuskeltrainings nachweisen? 31. Wenn das aktive Schließmuskeltraining keine Besserung bringt, was ist zu tun?
Seite 8	<ul style="list-style-type: none"> 32. Was versteht man unter einer Darmspülung bei Stuhlinkontinenz? 33. Therapie Stuhlinkontinenz: Darmspülungen 34. Was versteht man unter einer SSE-Implantation? 35. Therapie Stuhlinkontinenz: SSE-Implantation 36. Was versteht man unter einer Schrittmacher-Implantation bei Stuhlinkontinenz?
Seite 9	<ul style="list-style-type: none"> 37. Therapie Stuhlinkontinenz: Schrittmacher-Implantation 38. Was versteht man unter einer Muskelplastik bei Stuhlinkontinenz? 39. Therapie Stuhlinkontinenz: Muskelplastiken 40. Therapie Stuhlinkontinenz: Kontinenztampons 41. Gibt es dem Alter entsprechend unterschiedliche Trainingstampons? 42. Indikation von Kontinenztampons 43. Woraus besteht ein Kontinenztampon?
Seite 10	<ul style="list-style-type: none"> 44. Wie wirken Kontinenztampons? 45. Wie werden Kontinenztampons appliziert? 46. Gibt es individuell unterschiedliche Kontinenztampons? 47. Vorteile der Kontinenztampons gegenüber Windeln 48. Sind Kontinenztampons eine Pflege erleichterung? 49. Ergebnisse der konservativen Therapie der Stuhlinkontinenz 50. Ergebnisse der Kontinenzbehandlung mit Kontinenztampons

1. Definition der Stuhlinkontinenz bei Kindern und Erwachsenen

Unter Stuhlinkontinenz versteht man die Unfähigkeit der Kontrolle über festen und flüssigen Stuhlgang sowie über Darmgase.

Stuhlinkontinenz wird garantiert durch Muskelemente (äußerer und innerer Schließmuskel, Beckenbodenmuskulatur und sensorische Zellen der Darmwand, die Auskunft über die Darmdehnung geben) sowie durch Nervenfasern (vom Rückenmark zur Muskulatur und Nervenverbindungen innerhalb der Darmwand von höheren und tiefer gelegenen Darmabschnitten). Man unterscheidet vier verschiedene Kontinenzstufen (Klassifikation der Kontinenz).

Was versteht man unter Stuhl-Teilkontinenz bei Kindern?

2. Stuhl-Teilkontinenz ist die Unfähigkeit der Kontrolle über flüssigen Stuhlgang und Darmgase; die Kontrolle über festen Stuhlgang ist jedoch gegeben.

Mädchen sind im Durchschnitt ab drei Jahren und Jungen ab dreieinhalb Jahren windelfrei. Die Teilkontinenz ist zurückzuführen auf teilweise zerstörte Muskelemente oder Nervenfasern.

Was versteht man unter Stuhl-Teilkontinenz bei Erwachsenen?

3. Mit Stuhl-Teilkontinenz wird die Unfähigkeit der Kontrolle über Luftabgang und flüssigen Stuhlgang bezeichnet. Sie kann durch eine Schädigung von Muskelementen oder Nervenfasern hervorgerufen werden (s. o.).

Was versteht man unter Überfließinkontinenz bei Kindern?

4. Überfließinkontinenz wird durch eine Überdehnung des Enddarms und damit einer Überdehnung der Schließmuskulatur ausgelöst. Mögliche Ursachen sind Darmengen, Schließmuskelverkrampfung sowie Darmverdrehungen. Dadurch kann es zu einem Stuhlstau mit Verstopfung im Beckenbereich kommen, genau in Höhe der sonst für die Kontinenz verantwortlichen Muskelemente, die den Darm umgeben.

5. Was versteht man unter Überfließinkontinenz bei Erwachsenen?

Überfließinkontinenz bedeutet unkontrollierter Stuhlabgang durch Überdehnung der Schließmuskulatur. Ausgelöst wird dies durch eine Enddarmüberdehnung. Ursachen dafür können Enddarmengen sowie eine Schädigung der im Enddarm lokalisierten Nervenzellen sein.

6. Ursachen der Stuhlinkontinenz bei Kindern

Angeborene Stuhlinkontinenz:

- Rückenmarksfehlbildungen = Meningomyelozenen
- Enddarmfehlbildungen = anorektale Anomalien
- Beckentumore = sacrococcygeale Teratome

Erworbene Stuhlinkontinenz:

- Pfählungsverletzungen im Beckenbereich
- Wirbelsäulen-Trauma = Querschnittsläsion
- Dickdarmoperationen
- Operationen am Schließmuskelapparat = Sphinkteromyotomie

7. Ursachen der Stuhlinkontinenz bei Erwachsenen

Eine Ursache für Stuhlinkontinenz bei Erwachsenen sind beispielsweise Unfälle (Beckenverletzungen oder Querschnittsläsionen). Sie kann ebenso als Folge von operativen Eingriffen (Prostataoperationen, Enddarmtumorentfernungen, Hämorrhoidenoperationen, Beseitigung von Enddarmengen, Schließmuskelschwächungsoperationen) auftreten. Bei Frauen kann es darüber hinaus durch einen Gebärmuttervorfall, nach Geburten oder sonstigen gynäkologischen Eingriffen zur Stuhlinkontinenz kommen.

8. Ursachen der Stuhlinkontinenz in der Geriatrie

Mögliche Ursachen für das Auftreten von Stuhlinkontinenz bei älteren Erwachsenen sind physiologische Schließmuskelschwäche, Alzheimer, Demenz und Bettlägerigkeit.

9. Diagnostische Methoden der Stuhlinkontinenz

Es gibt folgende fünf Methoden, um Stuhlinkontinenz festzustellen:

- a) genaue Erhebung einer Krankengeschichte
- b) Untersuchung des Enddarms mit dem Finger
- c) Druckmessung im Inneren des Enddarms mit millimeterdünnen Sonden, vergleichbar mit einem Fieberthermometer (= anorektale Manometrie)
- d) Ultraschalluntersuchung: Hierbei wird ein fieberthermometerartiges Instrument wenige Zentimeter in den Darm eingeführt. Man erhält dadurch kreisförmige Ultraschallbilder der Darmwand sowie der Muskelemente, die diese umgeben, in unterschiedlichen Höhen (= endoanaler Ultraschall).
- e) Enddarmspiegelung (= Endoskopie): Hierbei wird ein biegsames, ebenfalls fieberthermometerartiges Instrument ca. 5 bis 6 cm in den Darm eingeführt, über das sich das Innere des Darms betrachten lässt. Beim Zurückziehen des Instrumentes kann man erkennen, wie die Spannkraft der Schließmuskulatur den Darm bzw. die Schleimhaut entweder sternförmig zusammenzieht (= kontinent) oder offen lässt (= inkontinent).

Computertomographische Untersuchungen (CT) oder Magnetresonanz-Untersuchungen (MR) ermöglichen darüber hinaus, eine normale Anatomie der Schließmuskulatur oder fehlende Muskelemente mit Narben festzustellen.

10. Welche Bedeutung hat die rektale Untersuchung?

Eine rektale Untersuchung kann sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen durchgeführt werden, sie ist allerdings weniger geeignet für Kinder. Durch eine solche Untersuchung lässt sich, während der Patient versucht, die Muskulatur anzuspannen, grob unterscheiden zwischen einer normalen Kontraktion der Schließmuskulatur, zwischen einer Teilkontraktion dieser Muskelemente oder einer fehlenden Kontraktion. Weiterhin können damit Verengungen des Enddarms, Erweiterungen des Enddarms oder eine massive Anfüllung des Enddarms mit Stuhlmassen (z. B. bei Überfließinkontinenz) festgestellt werden. Die rektale Untersuchung ist im Hinblick auf die Feststellung der Kontinenz eine grobe Orientierungshilfe.

11. Gibt es Frühwarnsymptome der Stuhlinkontinenz bei Kindern und Erwachsenen?

Frühwarnsymptome bei Kindern sind beispielsweise nach erreichter kompletter Kontinenz wiederholt auftretende Verstopfung mit Durchfall sowie vereinzelt auftretende Stuhlhalteschwäche mit verschmutzter Unterwäsche. Frühwarnsymptome bei Erwachsenen sind nach völlig normaler Kontinenzsituation vorübergehend auftretende Verschmutzung von Unterwäsche, Verlust der Registrierung von Stuhldrang oder akut auftretender Drang zur Toilette gehen zu müssen, eingeschränkte Kontrollfunktion für Luft und flüssigen Stuhlgang.

12. Was versteht man unter der Bezeichnung „diagnostische Trias“?

Der Ausdruck „diagnostische Trias“ steht für die Kontinenzdiagnostik durch Darmdruckuntersuchungen, Darmultraschalluntersuchungen und Darmspiegelung.

13. Was versteht man unter der Bezeichnung „anorektale Manometrie“?

Die anorektale Manometrie ist die Druckmessung im Enddarm. Sie gibt Auskunft über die Straffheit der den Enddarm verschließenden Muskelemente. Die Druckuntersuchung kann für die einzelnen Muskelemente getrennt registriert werden, zum Beispiel seitendifferent (Sektormanometrie). Die anorektale Manometrie ermöglicht darüber hinaus, nicht nur die Kontraktion der Muskelemente festzustellen, sondern auch die für die Stuhlentleerung wichtige Muskeler schlaffung, die für ein normales Funktionieren des Zusammenspiels der Schließmuskelemente wichtig ist.

14. Was versteht man unter einer Sektormanometrie?

Eine Sektormanometrie ist eine verfeinerte Methode der anorektalen Manometrie. Die Verfeinerung liegt darin, dass die Druckwerte der Schließmuskelemente an vier verschiedenen Stellen gleichzeitig registriert werden können, und zwar an der Darmvorderseite, der Darmrückseite sowie an den Seitenteilen des Darms. So kann eine



differenziertere Aussage über Funktionsstörungen der Muskulatur, bezogen auf umschriebene Schließmuskelanteile, gemacht werden. Man erhält also eine Auskunft über einen Sektor eines den Darm umgebenden Muskelements.

15. Klassifikation der Inkontinenz mit Hilfe der Manometrie

Mit Hilfe der Manometrie kann man zwischen folgenden vier verschiedenen Kontinenzstufen unterscheiden:

- kontinent
- teilkontinent mit Tendenz zur normale Kontinenzlage
- teilkontinent mit Tendenz zur inkontinenten Situation
- komplett inkontinent

Hierzu ermittelt man mit der in den Darm eingeführten Drucksonde den Ruhedruck im Darm, die Willkürkontraktion im Darm sowie die Muskeler schlaffung.

16. Was versteht man unter endoanalem Ultraschall?

Der endoanale Ultraschall wird mit einem feberthermometerartigen Instrument durchgeführt. Diese Sonde wird nur wenige Zentimeter in den Darm eingeführt und langsam wieder herausgezogen. Damit erhält man ein millimetergenaues, scheibenförmiges Bild von der gesamten Darmwand sowie von der den Darm umgebenden Muskulatur in unterschiedlichen Höhen. Die Untersuchung ermöglicht eine Aussage über die Anatomie, also darüber, ob alle Muskelemente vorhanden sind, ob ein Teil der Muskelemente fehlt, ob sie zu schwach oder möglicherweise durch funktionsstörende Narben ersetzt sind.

17. Was kann man mit der anorektalen Endoskopie feststellen?

Die Spiegelung des Enddarms (= anorektale Endoskopie) ermöglicht eine optische Beurteilung des Verschlusses des Enddarms durch intakte Kontraktion der Schließmuskelemente. Man erkennt dies dadurch, dass sich beim Zurückziehen des Endoskops die Schleimhaut sternförmig aneinanderlegt. Bei Schließmuskelschwäche oder fehlender Schließmuskulatur sieht man über das Endoskop einen nicht vollständigen Verschluss dieser sternförmig aufeinander zulaufenden Schleimhaut.

18. Welche präventiven (= vorbeugende) Maßnahmen gibt es bei Stuhlinkontinenz?

- Schließmuskeltraining zu Hause oder in einem Fitness-Studio: Das Training der Schließmuskulatur gleicht dem der Bauchmuskulatur oder anderer Muskelgruppen. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass in stehender oder sitzender Position, am besten aber in Seitenlage, eine Willkürkontraktion der Beckenbodenmuskulatur durch Anspannen der Gesäßbacken durchgeführt wird.
- Regelmäßige Darmentleerung (zwei- bis dreimal täglich) und eine ernährungsbedingte Regelung des Stuhlgangs, wenn zum Beispiel Verstopfung oder Durchfall vorliegen, denn beides kann eine Inkontinenz auslösen.

19. Therapie Stuhlinkontinenz: konservativ

Folgende konservative therapeutische Maßnahmen stehen zur Verfügung:

- Ernährungsberatung (Verbesserung der Stuhlkonsistenz, Vermeidung von Verstopfung und Durchfall)
- Schließmuskeltraining
- Beseitigung von beginnender Überfließinkontinenz durch Abführmittel und Einläufe
- Medikamente zur Normalisierung der Beweglichkeit des Darms (falls eine Darmträgheit mit Verstopfung und Überfließinkontinenz vorliegt)

20. Therapie Stuhlinkontinenz: operativ

Mögliche operative Maßnahme zur Verbesserung der Schließmuskelhaltefunktion sind verschiedene Implantationen unterschiedlicher Muskelplastiken. Eine davon ist zum Beispiel die Muskulus-gracilis-Plastik. Bei Implantation dieser Plastik wird ein Muskel aus dem Oberschenkel schlingenförmig um den Darm gelegt. In der gleichen Art erfolgt der Einsatz der Palmaris-longus-Plastik, allerdings handelt es sich hierbei um einen Muskel aus dem Unterarm.



Eine weitere Muskelplastik ist die Levator-Plastik, durch sie wird die Beckenbodenmuskulatur auf der Rückseite des Enddarms gerafft und ein erhöhter Druck auf den Darm ausgeübt. Mit Hilfe der glattmuskulären Schließmuskeloperationen werden hingegen die Anteile der glatten Muskulatur des Enddarms so zusammengesetzt, dass sie den Auslassdruck des Enddarms erhöhen und verbessern.

Die Implantation von Muskel-Reiz-Sonden ist eine weitere operative Maßnahme bei Stuhlinkontinenz. Hierbei erfolgt über feine Impulssonden, ähnlich wie bei einem Herzschrittmacher, eine Stimulation der zu schwachen oder nicht funktionierenden Schließmuskulatur. Durch Ein- und Ausschalten der Impulsgeber kann die Kontinenzsituation geregelt werden.

Des Weiteren zählt die SSE-Implantation zu möglichen operativen Maßnahmen. Die Sakrale Sphinkter-Ersatzplastik ist ein Implantat, das um den Enddarm gelegt wird. Durch Magnetkräfte ist eine sichere Stabilisierung eines in den Enddarm eingeführten Tampons gewährleistet, dieser wiederum vermeidet einen unwillkürlichen Stuhlabgang.

21. Therapie Stuhlinkontinenz: Toilettentraining

Durch regelmäßige Stuhlentleerung zu bestimmten Zeitpunkten können beginnende Phasen einer Inkontinenz erfolgreich behandelt werden. Hierzu erfolgt individuell verschieden zwei- bis dreimal am Tag eine bewusst gesteuerte Stuhlentleerung jeweils zu bestimmten Zeitpunkten. Ein unwillkürlicher Abgang von Luft oder Stuhl wird dadurch verhindert.

22. Was versteht man unter einem Biofeedback-Schließmuskeltraining bei Kindern?

Das Biofeedback-Schließmuskeltraining ist nicht nur für Kinder, sondern ebenso für Erwachsene geeignet. Es besteht darin, die Schließmuskelanteile durch ein aktives Schließmuskeltraining in ihrer Funktion zu verbessern. Der Erfolg des Schließmuskeltrainings lässt sich über die dabei erzielten Schließmuskeldruckwerte messen. Die betreffenden Kinder bzw. Erwachsenen erhalten bei Überschreitung dieser Druckwerte optische oder akustische Signale über die erfolgreiche Durchführung. Die Möglichkeit der Kontrolle über die eigene Schließmuskelleistung während des Trainings ist, so haben Untersuchungen gezeigt, ein wichtiger Anreiz, ein solches Training durchzuführen.

23. Therapie Stuhlinkontinenz: aktives Schließmuskeltraining

Das aktive Schließmuskeltraining besteht wie bei jedem Schließmuskeltraining in einer willkürlichen Anspannung der Muskulatur. Ein möglichst erfolgreiches Training in dieser Hinsicht kann in liegender Seitenposition, bei angezogenen Oberschenkeln durchgeführt werden. Angespannt wird die Gesäßmuskulatur durch willkürliches Zusammenkneifen der Gesäßbacken.

Das Trainingsprogramm, sprich die Häufigkeit und Dauer, wird individuell festgelegt. Verbessern lässt sich dieses Training durch Einführen eines zylinderförmigen, schwammartigen Kontinenz-Trainingstampons. Dabei wird die schwache Schließmuskulatur zunächst aufgedehnt. Der Trainingserfolg wird dadurch, dass der Tampon zusammengedrückt werden muss, erhöht.

24. Was versteht man unter passivem Schließmuskeltraining?

Bei dem passiven Schließmuskeltraining führt der Patient sich in entspannter Lage (am besten liegend) eine fiebertermometerartige Sonde in den Enddarm ein. Über die zuvor programmierte Sonde werden dann Reizimpulse an die Schleimhaut und die umgebende Muskulatur abgegeben. Diese Impulse regen die Muskulatur in bestimmten Zeitintervallen zur Kontraktion an.

25. Therapie Stuhlinkontinenz: passives Schließmuskeltraining

Durch das passive Schließmuskeltraining kann je nach gradueller Ausbildung der Stuhlinkontinenz über einen Zeitraum von ein bis eineinhalb Jahren eine Verbesserung der Kontinenzsituation erzielt werden, die zu einer für den Patienten subjektiv wahrnehmbaren Haltefunktionsverbesserung führt.

26. Wann ist nach Beginn des passiven Schließmuskeltrainings mit einer Besserung zu rechnen?
Der Erfolg des passiven Schließmuskeltrainings braucht Zeit. Die Therapie führt nicht zu einem Soforterfolg. Die Dauer, bis sich ein erster merkbarer Erfolg einstellt, hängt von dem Grad der Kontinenzsituation, ermittelt durch die Manometrie, ab. Im Durchschnitt benötigt man ein passives Schließmuskeltraining über die Dauer von 12 bis 18 Monaten.
27. Wie lässt sich der Erfolg des passiven Schließmuskeltrainings messen?
Die Objektivierung des passiven Schließmuskeltrainings lässt sich durch die Druckuntersuchung im Darm dokumentieren. Diese Untersuchung gibt Auskunft über die Funktionstüchtigkeit der einzelnen Schließmuskelemente und lässt sich weiter objektivieren über einen endoanal Ultraschall, anhand dessen der Zuwachs der einzelnen Muskelemente durch das Training bestimmt werden kann. Selbst wenn beide Untersuchungen eine Verbesserung der Werte ergeben, kann es sein, dass sich für den Patienten subjektiv noch keine Kontinenzverbesserung eingestellt hat. Der Grund dafür könnte darin liegen, dass sich innerhalb einer Kontinenzstufe zwar die Funktion der Muskulatur und Muskelmasse verbessert hat, dass aber die nächst höhere und bessere Kontinenzstufe noch nicht erreicht ist.
28. Therapie Stuhlinkontinenz: aktives Schließmuskeltraining und Tampon
Das aktive Schließmuskeltraining unter Zuhilfenahme eines Trainingstampons erhöht die Kontinenzleistung und verkürzt die gesamte Trainingszeit. Durch den in den Darm eingeführten schwammartigen und zusammendrückbaren Kontinenztampon wird eine schnellere Funktionsverbesserung der Muskulatur im Rahmen des aktiven Schließmuskeltrainings erreicht.
29. Wie lange dauert es, bis durch aktives Schließmuskeltraining eine Besserung eintritt?
Durch das aktive Schließmuskeltraining kann, je nach Ausgangslage, nach Ablauf von 12 bis 18 Monaten eine Verbesserung der Schließmuskelfunktion erzielt werden. In Kombination mit einem Trainingstampon kann sich die Behandlungsdauer um 10% bis 15% verkürzen. Wird dieses Training darüber hinaus mit dem passiven Schließmuskeltraining kombiniert, kann insgesamt eine Verkürzung um 1/3 der gesamten Behandlungszeit erreicht werden.
30. Wie kann man den Erfolg des aktiven Schließmuskeltrainings nachweisen?
Es gibt verschiedene Möglichkeiten, ein erfolgreiches aktives Schließmuskeltraining nachzuweisen:
- rektale Untersuchung mit dem Finger und vergleichsweise Feststellung der Anspannungskraft der Beckenbodenmuskulatur
 - Registrierung des Darminnendrucks durch eine Manometrie (der Darminnendruck wird durch Schließmuskulatur ausgelöst, die den Darm umgibt)
 - Zuwachs der einzelnen Muskelemente (nachweisbar über Ultraschall in Millimetergröße)
 - subjektive Feststellung über die Verbesserung der Haltefunktion des Enddarms
31. Wenn das aktive Schließmuskeltraining keine Besserung bringt, was ist zu tun?
Wenn das aktive Schließmuskeltraining keine subjektive Besserung ergibt, so ist in 3-monatlichen Abständen die Funktionsdiagnostik der Schließmuskulatur durch die diagnostische Trias (Darmdruckmessung, Ultraschall, Spiegelung) durchzuführen. Die ermittelten Werte sind mit den Werten der Voruntersuchung zu vergleichen. In den meisten Fällen zeigt eine solche Untersuchung, dass eine Verbesserung der Schließmuskelfunktion eingetreten ist, auch wenn sich daraus noch keine Verbesserung der Haltefunktion eingestellt hat. Mit Hilfe dieser Ergebnisse kann der Patient motiviert werden, so lange weiterzutrainieren, bis die nächste Kontinenzstufe erreicht ist. Bei 80% der Betroffenen liegt eine solche Situation vor. Wenn bei den Patienten nach eineinhalb Jahren Schließmuskeltraining keine Verbesserungen festgestellt wird, ist zu überprüfen, ob das aktive Schließmuskeltraining weitergeführt und intensiviert werden muss, oder ob eine Muskelplastik oder ein operativer Eingriff die Situation verbessern würde. Wenn das aktive Schließmuskeltraining mit einem passiven Schließmuskeltraining kombiniert wird und über die Dauer von ein bis eineinhalb Jahren keine subjektive Besserung ergeben hat, so ist ebenfalls zu überprüfen, ob durch Intensivierung der Reizstromstärke und Dauer bei der Muskelstimulation eine Verbesserung der Schließmuskelsituation aussichtsreich erscheint.

32. Was versteht man unter einer Darmspülung bei Stuhlinkontinenz?

Die Darmspülung bewirkt eine Beseitigung von Stuhl aus dem Enddarm. Dadurch können Inkontinenz und Überfließinkontinenz in Folge einer Darmüberdehnung gebessert werden, denn der überdehnte Darm zieht sich, ähnlich wie ein Gummiband, wieder zusammen. Die Folge ist eine weitestgehend normale Darmfunktion. In seltenen Fällen ist jedoch die Darmüberdehnung durch solche Einläufe nicht mehr rückgängig zu machen. Es liegt eine Darmwandschädigung durch Überdehnung vor. Festgestellt werden kann dieser Zustand nach erfolgreich durchgeführten Darmspülungen durch die anorektale Manometrie. Darmspülungen zur Verbesserung der Darmkontinenz sind sinnvoll, um zu bestimmten Zeitpunkten am Tag mechanisch den Darm zu entleeren und einen unkontrollierten Stuhlabgang zu vermeiden. Durch solche Spülungen können darüber hinaus harte Stuhlmassen im Enddarm entfernt werden, wodurch der funktionsgestörte Dickdarm wieder seine normale Form erreicht und seine Funktion wieder aufnehmen kann.

33. Therapie Stuhlinkontinenz: Darmspülungen

Die Therapie der Stuhlinkontinenz durch Darmspülungen wird folgendermaßen erklärt:

- a) Darmspülung als Reinigungseinlauf zu bestimmten Zeitpunkten am Tag (ein- bis dreimal), um dadurch vorbeugend vorhandenen oder ankommenden Stuhlgang aus dem Darm zu entfernen und einen unwillkürlichen Stuhlabgang zu vermeiden.
- b) Darmspülung zur Entlastung eines mit hartem Stuhlgang gefüllten Enddarms, der zur Überfließinkontinenz neigt und durch Überdehnung der Schließmuskulatur eine Schwäche der Haltefunktion verursacht. Durch diese Darmspülungen werden die harten Stuhlmassen entfernt, die Überdehnung des Darms dadurch aufgehoben und die Schließmuskulatur kann so wieder in normaler Funktion einen Verschluss des Darminhalts garantieren.

34. Was versteht man unter einer SSE-Implantation?

Das SSE in SSE-Implantation steht für den Ausdruck „Sakrale Sphinkter-Ersatzplastik“. Indiziert ist dieses Implantat bei komplett inkontinenten Patienten. Bei Kindern ist das Einsetzen dieser Plastik aufgrund der notwendigen Kooperation frühestens ab dem 6. Lebensjahr möglich. Es besteht aus zwei Magnetringhälften. Diese werden ohne Eröffnung des Darms vom Gesäß her um den Darm gelegt. Dadurch entsteht ein Magnetfeld im Enddarm. Die sichere Abdichtung des Enddarms erfolgt über einen speziellen Tampon, in dessen Mitte ein länglicher Magnetstift steckt. Magnetring und -stift ziehen sich an und halten den Tampon im Darm in Position. Die Druckwerte im Darm sind niedriger als die magnetischen Kräfte, die den Tampon im Darm stabilisieren. Dadurch sind ein atraumatischer, sicherer Verschluss und eine sichere Abdichtung des Darms auf Dauer gewährleistet. Über einen Ausziehfadens lässt sich der Tampon aus dem Darm herausziehen. Der Magnetstift kann anschließend in einen neuen Tampon eingesetzt und der benutzte Tampon entsorgt werden.

35. Therapie Stuhlinkontinenz: SSE-Implantation

Das SSE-Implantat steht in unterschiedlichen Größen zur Verfügung, dadurch ist ein individueller Darmkontinenzschutz möglich. Unterschiedliche Tampons und Magnetstifte garantieren eine unterschiedliche Haltefunktion, individuell angepasst an den einzelnen Patienten. Die Erfolgsquote liegt bei 80%, wobei 20% der Patienten mit der Anwendung der Tampons nicht zurechtgekommen sind.

36. Was versteht man unter einer Schrittmacher-Implantation bei Stuhlinkontinenz?

Die Indikation für eine derartige Implantation ist gegeben, wenn die Muskelemente intakt sind, aber die Nervenernährung zu den Muskelementen gestört ist. Hierbei erfolgt die Muskelstimulation durch ein Schrittmachersystem, das subkutan in die Bauchdecke implantiert ist. Schrittmacherelektroden (millimeterdünne Kabel) sind mit der perirektalen Muskulatur verbunden. Die Impulse des Schrittmachers verursachen bei der glatten Muskulatur eine permanente Kontraktion. Dadurch werden ein sicherer Verschluss des Darms sowie die Vermeidung von unwillkürlichem Stuhlabgang gewährleistet. Durch einen entsprechend gegenläufigen Impulsgeber, der von dem Patienten auf der Toilette auf die Bauchdecke in Höhe des Schrittmachers appliziert wird, können die dauernden Schrittmacherimpulse vorübergehend gestoppt werden.



Die Dauerkontraktion des glatten Schließmuskels wird aufgehoben und der Darm kann entleert werden. Die normale Schrittmacherfunktion lässt anschließend wieder einschalten und der sichere Verschluss des Enddarms ist garantiert.

37. Therapie Stuhlinkontinenz: Schrittmacher-Implantation

Durch das Ausschalten des Schrittmacher-Impulsgebers auf der Toilette kann der Einzelne nicht nur ganz individuell zu bestimmten Zeitpunkten seinen Darm mehrmals täglich entleeren, sondern auch eigenständig veranlassen, dass sich die Schließmuskulatur anschließend wieder verschließt und die Kontinenzsituation hergestellt ist.

38. Was versteht man unter einer Muskelplastik bei Stuhlinkontinenz?

Es gibt verschiedene Muskelersatzoperationen für fehlende, für zu schwache oder vernarbte Schließmuskulatur. Diese Plastiken haben gemeinsam, dass sie die schwache Schließmuskulatur durch Hinzufügen von Muskelmasse verstärken und normalisieren. Der Erfolg einer solchen Operation hängt davon ab, ob der transplantierte Muskel nach seinem Einsatz störungsfrei durchblutet ist. Ist dies nicht der Fall, verändert er sich zu einem bindegewebsartigen Strang und wird funktionslos. Dies geschieht ebenso, wenn der transplantierte Muskel keinen Anschluss an die Nervenfasern des eigentlichen Hauptmuskels findet. Die Erfolgsaussichten dieser Muskelplastiken sind am Anfang der Implantation aufgrund der Tatsache, dass sie den Darm mechanisch einengen, relativ gut, verlieren aber in über 80% der Fälle in Folge von Durchblutungsstörungen und Störungen der notwendigen Nervenversorgung ihre Funktion.

39. Therapie Stuhlinkontinenz: Muskelplastiken

Der Erfolg der Muskelplastiken hängt von der Art der muskelverstärkenden Operation ab. Freie Transplantate und Muskeltransplantate aus dem Bein haben schlechtere Ergebnisse erzielt als Muskelplastiken, bei denen die ortsansässige Muskulatur durch Übereinanderlegen verstärkt wird.

40. Therapie Stuhlinkontinenz: Kontinentztampons

Kontinentztampons sind schwammartige Analtampons. Sie haben unterschiedliche Längen, Durchmesser und Formen. Sie passen sich der Konfiguration des Darms individuell an. Durch Ko- und Adhäsionskräfte haften sie an der Innenseite des Darms, d. h. an der Rektumschleimhaut. Diese Haftkräfte zeigen identische Werte, wie die Muskelkräfte, die den Darm abschließen. Deshalb eignen sich diese Tampons zeitbegrenzt als sichere Abdichtung vor unwillkürlichen Stuhlabgang.

41. Gibt es dem Alter entsprechend unterschiedliche Trainingstampons?

Entsprechend der Darmkonfiguration und des Alters gibt es unterschiedliche Formen und Größen an Tampons, die dazu geeignet sind den Darm abzudichten (Analtampons als Kontinentztampons) oder die zu Trainingszwecken verwendet werden.

42. Indikation von Kontinentztampons

Kontinentztampons sind indiziert, wenn die Kontinenzleistung gestört ist und sich Inkontinenz einstellt, die der Patient willkürlich nicht mehr beeinflussen kann. Hierzu können Kontinentztampons über kürzere oder längere Zeit in den Darm eingeführt werden, um den Patienten die entsprechende Sicherheit im Berufsleben, bei Sport oder in der Freizeit zu garantieren.

43. Woraus besteht ein Kontinentztampon?

Kontinentztampons bestehen aus einem Polyvenylformal-Schaumstoff und sind im angefeuchteten Zustand weich, nachgiebig und saugfähig. Ein Kontinentztampon passt sich den individuellen Schleimhautverhältnissen an und hat eine hohe Haftfähigkeit, die Darmdruckwerten standhält, die dem Ruhedruck der Schließmuskulatur von kontinenten Personen entsprechen. Kontinentztampons haben keine Bestandteile an Silikon, sie haben keinerlei Komponenten, die auf die Schleimhaut krebsauslösend wirken könnten. Eine Pilotstudie über 15 Jahren hat ergeben, dass keine Nebenwirkungen oder sonstige Schleimhautveränderungen nach Anwendung der Kontinentztampons aufgetreten sind.



44. Wie wirken Kontinenztampons?

Kontinenztampons haben eine schwammartige und poröse Struktur. Im feuchten Zustand betragen die kommunizierenden Porengrößen im Durchschnitt 100µ. Je nach Größe dieser Struktur erfolgt durch Ko- und Adhäsionskräfte zwischen der Oberseite der Schleimhaut und der Oberfläche der Tampons eine gegenseitige Haftung. Diese Haftung ist verantwortlich für die Haltefunktion des Tampons im Darm. Die Haltefunktion wiederum ist der Garant für die Vermeidung von unwillkürlichem Stuhlabgang. Unterschiedlich große und geformte Tampons sind neben einer individuellen Anpassung an Form und Größe notwendig, um diese Funktion zu gewährleisten. Der Hersteller hat deshalb Probepackungen für den Patienten bereitgestellt. Ähnlich aussehende Tampons der Konkurrenz können einen anderen Strukturaufbau aufweisen, wodurch eine schlechtere Haltefunktion und Abdichtung des Darms erzielt werden können.

45. Wie werden Kontinenztampons appliziert?

- Der Applikationsweg beginnt mit dem Öffnen des keimfrei verpackten Tampons durch Öffnen der Plastikhülle.
- Der Tampon wird als nächstes ca. 30 bis 60 Sekunden unter warmes, fließendes Wasser gehalten. Dabei sollte er zusammengedrückt und wieder entlastet werden. Anschließend ist der rigide und harte Tampon durch Feuchtigkeit komplett nachgiebig und flexibel.
- Danach wird der Tampon zwischen Zeigefinger und Daumen mehrmals komprimiert und ausgedrückt, bis kein Wasser mehr aus dem Tampon abtropfen kann.
- Die Kuppe des Tampons und die seitlichen Partien werden hauchdünn eingecremt, z. B. mit Bepanthen®-Salbe o. Ä. Dies erleichtert das Einführen in den Darm. Eingecremt wird der Tampon lediglich in dem oberen Kuppendrittel.
- In seitlich liegender Position oder in halb aufrechter Lage wird der Tampon dann über einen entsprechenden Applikator, der zuvor in die zentrale Öffnung des Tampons geschoben wurde, in den Darm eingeführt. Die optimale Position des Tampons im Darm ist erreicht, wenn er ca. 5 mm oberhalb der Analöffnungsstelle im Darm liegt, d. h. wenn die äußere Haut nahezu durch ihre Eigenelastizität das Tamponende abdeckt.
- Der Haltefaden kann schließlich auf der äußeren Haut durch ein Pflaster, das durch die Schlaufe des Haltefadens gelegt wird, fixiert werden. Diese Maßnahme verhindert, dass durch Sogkräfte der Tampon in den Darm gezogen wird.

46. Gibt es individuell unterschiedliche Kontinenztampons?

Alter, Voroperationen und individuelle Darmverläufe machen Tampons mit unterschiedlicher Formgebung notwendig. Sechs verschiedene Tampons sind zur Auswahl zur Verfügung. Die Form des Tampons kann aufgrund der vorausgegangenen Untersuchungen vor der Verordnung durch den Arzt festgelegt werden. Eine Anpassungsphase an die Tamponapplikation ist bei allen Patienten erforderlich. Diese kann bis zu drei Monaten dauern.

47. Vorteile der Kontinenztampons gegenüber Windeln

Kontinenztampons haben gegenüber Windeln den Vorteil, dass kein Austreten von Darminhalt stattfindet und somit die äußere Haut nicht mit Darminhalt in Kontakt kommt. Windeln schützen nicht vor Hautentzündungen und Ulzera. Kontinenztampons hingegen können diese Komplikationen vermeiden. Sie sind äußerlich nicht sichtbar, auch dann nicht, wenn der Einzelne Sport betreibt oder einen Badeanzug trägt.

48. Sind Kontinenztampons eine Pflegeerleichterung?

Erfahrungen im Umgang mit Kontinenztampons bei bettlägerigen Patienten durch das Pflegepersonal haben folgendes ergeben: Eine Pflegeerleichterung entsteht dadurch, dass der Zeitaufwand der Pflege verkürzt ist. Weitere Vorteile sind die Vermeidung von Hautschädigungen und Geschwüren am Gesäß sowie deren Therapie, darüber hinaus wird die fehlende Geruchsbelästigung als besonders positiv bewertet. Ein zusätzlicher Vorteil von Kontinenztampons ist die Möglichkeit der Darmsäuberung nach Entfernen des Tampons durch die Einführung eines großkalibrigen



Ballonkatheters. Über diesen lässt sich auf hygienisch einwandfreiem Weg eine Darmspülung zur Entfernung von Darminhalt durchführen. Anschließend kann der Darm mit Hilfe eines Tampons wieder entsprechend versorgt werden.

49. Ergebnisse der konservativen Therapie der Stuhlinkontinenz

Die Münsteraner Kontinenzstudie mit konservativen Maßnahmen der Kontinenzverbesserung (aktives und passives Schließmuskeltraining) hat bei richtiger Indikationsstellung eine Kontinenzverbesserung bei über 80% der Patienten nach Ablauf von 12 bis 18 Monaten ergeben.

50. Ergebnisse der Kontinenzbehandlung mit Kontinenztampons

Eine Langzeituntersuchung im Rahmen der Münsteraner Kontinenzstudie hat ergeben, dass eine Anwendung von Kontinenztampons bei 80% bis 85% der Jugendlichen und Erwachsenen möglich ist. Die Wahl des richtigen Tampons kann bis zu drei Monaten betragen, der Zeitraum variiert von Person zu Person. Es ist möglich, den Tampons innerhalb von 24 Stunden zwei- bis dreimal zu wechseln. Eine Inakzeptanz der Kontinenztampons liegt zwischen 15% und 20%, bedingt ist dies beispielsweise durch fehlende Kooperation, vorgefasste Ablehnung gegen Tampons oder durch vorübergehende Blähungen, die durch die Funktion der Darmabdichtung entstehen können.



Lebensqualität durch Kontinenz!



Hotline: 0 23 63 - 35 88 21

Trusetal Verbandstoffwerk GmbH

Industriestr.12

D-33758 Schloß Holte-Stukenbrock

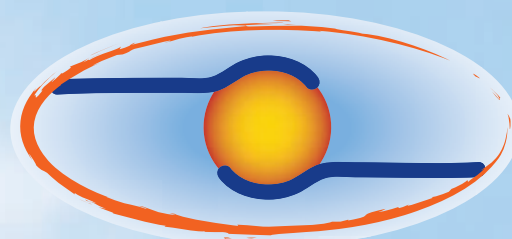
Telefon 0 52 07- 99 16 88 - 0

Telefax 0 52 07- 99 16 88 - 28

info@tshs.eu

kramer@tshs.eu

www.tshs-inkontinenz.eu



**TRUSETAL
VERBANDSTOFFWERK GMBH**