

Dr. med. Joachim Zeeh
 Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin
 Geriatrische Fachklinik Georgenhaus, Meiningen

Vier einfache und effektive Therapiestrategien

Stuhlinkontinenz: Kein Grund zu verzweifeln!

Stuhlinkontinenz im Alter ist für alle Beteiligten sehr belastend. Mit einfachen Maßnahmen ist jedoch in den meisten Fällen Abhilfe zu schaffen oder zumindest eine Verbesserung zu erreichen.

— Stuhlinkontinenz, d. h. eine funktionierende willkürliche Kontrolle über die Ausscheidung von Stuhl, ist ein komplexer Prozess, der das ungestörte Zusammenspiel zahlreicher Faktoren erfordert (Tab. 1). Stuhlinkontinenz dagegen bedeutet das Unvermögen, Darmgas und Stuhl bis zur gewünschten Defäkation zurückzuhalten.

Oft das „Zünglein an der Waage“ für den Umzug ins Pflegeheim

Kaum eine Störung ist für Patient, Pflegenden und Angehörige so belastend wie eine Stuhlinkontinenz, die nicht selten als „Zünglein an der Waage“ ausschlaggebend dafür ist, dass ein Patient aus der häuslichen Umgebung ins Pflegeheim ziehen muss. Die Häufigkeit von Stuhlinkontinenz in der > 65-jährigen Allgemeinbevölkerung wird mit 2% angegeben, bei den > 85-Jährigen sind es bereits 17%. In Altenheimen und Krankenhäusern sind 20–30% der Bewohner und Patienten stuhlinkontinent, nach Schlaganfall steigt dieser Anteil auf 50–70% und liegt bei Patienten mit einer Demenz noch deutlich höher.

Stuhl- und Urininkontinenz treten häufig gemeinsam auf, insbesondere

Um rechtzeitig auf die Toilette zu kommen, ist sie auf Hilfe angewiesen.

wenn – z. B. durch einen Schlaganfall oder eine Demenzerkrankung – übergeordnete, kortikale Kontinenzzentren im Gehirn geschädigt werden. Einer reinen Stuhlinkontinenz begegnet man z. B. nach Schädigung des Schließmuskelapparats, etwa durch Geburtsverletzungen oder nach anorektalen Operationen.

Von der Demenz bis zu Durchfall – Ursachen der Stuhlinkontinenz

Die kognitiven Voraussetzungen, um stuhlinkontinent zu sein, sind vor allem bei Demenzkranken und gelegentlich auch bei Schlaganfallpatienten gestört.

Mobilitätsstörungen treten im Gefolge vieler Erkrankungen auf (Schlaganfall, Arthrose, Z. n. Schenkelhalsfraktur, Parkinson u.v.a.).

Durchfall oder flüssiger Stuhl nach Abführmittel sind bei fast allen gebrechlichen Alten allein schon ausreichend, um eine Stuhlinkontinenz zu verursachen. Schließmuskelschwäche und ein z. B. durch Geburten geschwächter Beckenboden stellen ebenfalls einen Locus minoris resistentiae dar und erhöhen unter Stress (Durchfall, zu lange mit dem Toilettengang gewartet) das Inkontinenzrisiko.



© shapecharge / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodell)

Tab. 1 Voraussetzungen für Stuhlkontinenz

Allgemeine Voraussetzungen
Kognition
<ul style="list-style-type: none"> • Die Empfindung von Stuhldrang richtig interpretieren können. • Die Motivation haben, kontinent zu sein. • Die zur Verfügung stehende Vorwarnzeit einschätzen können. • Das Umsetzen des Stuhldranges in folgerichtiges Planen und Handeln. • Den Weg zur Toilette finden, ggf. nach einer Toilette fragen können. • Die Handlungsabläufe auf der Toilette beherrschen.
Mobilität
Mobil genug sein, um die Toilette rechtzeitig zu erreichen.
Spezielle Voraussetzungen
<ul style="list-style-type: none"> • Normale Stuhlkonsistenz (kein Durchfall, keine Obstipation) • Erhaltene Reservoirfunktion des Rektums (Dehnbarkeit) • Normale Funktion der Schließmuskeln und der Beckenbodenmuskulatur • Erhaltene anorektale Sensibilität und Reflexe

Diagnostik

Anamnese

- Wodurch und seit wann besteht die Inkontinenz?
- Wie schwer ist die Inkontinenz (Häufigkeit)?
- Liegt eine Obstipation vor, liegt eine Diarrhö vor?
- Ist der Patient kognitiv kompetent, motiviert und zur Mitarbeit fähig?
- Wie stehen die Angehörigen und Pflegenden zu der Stuhlinkontinenz?
- Medikamentenanamnese (werden Präparate eingenommen, die Obstipation oder Durchfall bewirken?)

Stuhlgang-Protokoll

Eine Woche lang wird jeder Stuhlabgang protokolliert:

- Uhrzeit, Menge, Konsistenz
- Wurde vor dem Stuhlabgang ein Stuhldrang empfunden?
- Erfolgte die Defäkation ordnungsgemäß und erfolgreich oder handelte es sich um eine Inkontinenzepisode?

Rektale Untersuchung

- Ist der Sphinktertonus normal oder klafft der Analkanal und bietet dem untersuchenden Finger keinerlei Widerstand?
- Ist die perianale Sensibilität intakt und der Analreflex auslösbar?
- Ist die Ampulle mit Stuhl wie ausge mauert und überdehnt, sind Kot-

steine zu tasten, die den Analkanal verstopfen?

- Wie gut kann der Patient seine Schließmuskulatur „zusammenknäufen“?

Das Geriatrie Assessment (Messung der Alltags selbstständigkeit, der Mobilität und der geistigen Leistungsfähigkeit) hilft bei der Entscheidung, ob zusätzliche Untersuchungen notwendig und angemessen sind (z. B. Rektosigmoidoskopie, Koloskopie, CT Abdomen).

Formen der Stuhlinkontinenz

Anorektale Inkontinenz

Langjährige Überbeanspruchung des Beckenbodens durch chronische Obstipation, nach Geburtstraumen („schweren Geburten“) oder anorektalen Operationen. Vergleichbar der Belastungsurininkontinenz. Therapie: Beckenbodengymnastik, von Mitarbeit des Patienten abhängig.

Dranginkontinenz

Kurze „Vorwarnzeit“ zwischen Stuhldrang und Beginn der Defäkation durch Verlust der Fähigkeit, Stuhldrang und Defäkation willentlich zu unterdrücken. Häufig bei Demenz und nach Schlaganfall. Therapie: „Toilette nach der Uhr“, auch bei Demenzkranken möglich.

Überlaufinkontinenz

Chronische Obstipation mit Stuhlüberfüllung des gesamten Dick- und Enddar-

mes führt zu einem Verlust der Reservoirfunktion des Enddarmes. In der Folge kontinuierlicher anstatt portioniertem Stuhlabgang („Kotschmierer“, dauernd verschmutzte Wäsche). Der Stuhl kann sich durch die lange Verweildauer im Darm verflüssigen und Durchfall vortäuschen („paradoxe Diarrhö“), eigentliches Problem ist aber die Obstipation. Therapie: Abführmaßnahmen, zum Teil von Mitarbeit abhängig.

Multifaktorielle funktionelle Inkontinenz

Häufig findet sich bei Hochbetagten eine Kombination aus anorektaler, Drang- und Überlaufinkontinenz zusammen mit

- eingeschränkter geistiger Leistungsfähigkeit und
- verminderter Mobilität.

Therapie multimodal, zum Teil von Mitarbeit abhängig. Maßnahmen reichen von der Verordnung eines Toilettenstuhls über mobilitätssteigerndes Training bis zu „Toilette nach der Uhr“.

Behandlungsstrategien

Es liegt auf der Hand, dass bei einem hochaltrigen und hochgradig demenzkranken Patienten andere Therapieziele gelten als z. B. bei jüngeren, kognitiv intakten Schlaganfallpatienten. Die entscheidenden Fragen sind:

- Ist der Patient mobil genug,
- kognitiv kompetent genug,
- motiviert genug, um Strategien, die auf Mitarbeit bauen (z. B. Beckenbodengymnastik), mitmachen zu können oder sind von Mitarbeit unabhängige Strategien angebracht?

1. Elimination inkontinenzbegünstigender Begleitfaktoren

- Glocke in Reichweite anbringen (nicht auf der Seite der Hemianopsie, des Neglect oder der Parese, Üben des Glocke-Bedienens (z. B. beim apraktischen Schlaganfallpatienten)
- Toilettenstuhl ans Bett stellen
- Training des Transfers Bett – Toilettenstuhl – Bett
- Mobilitätstraining
- Toilettenkennzeichnung (ein höhergradig aphasischer Patient kann „WC“ evtl. nicht verstehen)

- Leicht, auch einhändig zu öffnende Kleidung (Klettverschlüsse).

2. Beseitigung einer Diarrhö, Feinregulierung der Stuhlkontinenz

Durchfall als Inkontinenzursache wurde bereits erwähnt. Bei Patienten, die flüssigen oder breiigen Stuhl nicht halten können, die bei einer festeren Stuhlkonsistenz jedoch kontinent sind, kann durch die Gabe eines Antidiarrhoikums, z. B. Loperamid, die Konsistenz des Stuhls „titriert“ und ein akzeptables Kontinenzniveau erreicht werden.

3. Beseitigung einer Koprostase

Die Überlaufinkontinenz infolge massiver Obstipation (Koprostase) zählt zu den häufigen Stuhlinkontinenzursachen im Alter. Die harten Stuhlmassen lassen sich durch ein Klyisma oft nicht aufweichen. Bei zur Mitarbeit fähigen Patienten erfolgt ein intensives Abführen wie vor einer Koloskopie, bei gebrechlichen, weniger zur Mitarbeit fähigen ist gelegentlich eine manuelle Desimpaktion („Ausräumung“) erforderlich.

4. „Toilette nach der Uhr“

Der „gastrokologische Reflex“, ausgelöst durch die Aufnahme einer Mahlzeit oder eines – vorzugsweise warmen – Getränks, bewirkt einen Defäkationsreiz. Beim Säugling ist der gastrokologische Reflex voll ausgeprägt, mit dem Kontinenzserwerb im Kindesalter wird er abgeschwächt und willentlich unterdrückbar. Er kann aber durch ein regelmäßiges Verhaltenstraining wieder neu „installiert“ werden. Dies kann in der Inkontinenztherapie hilfreich sein, weil dadurch der Zeitpunkt, wann Stuhlgang erfolgt, bestimmt werden kann (z. B. dann, wenn Pflegedienst anwesend ist).

Anleitung · Der Patient geht nach dem Frühstück auf die Toilette bzw. wird dorthin gebracht, ausgestattet mit genügend Zeit und ggf. einer Zeitung. Falls sich in den folgenden zehn Minuten kein spontaner Stuhlabgang einstellt, wird in den ersten Tagen mit einem Laxans-Zäpfchen nachgeholfen. Ziel ist die Wiederinstallation des gastrokologischen Reflexes, d. h. eine neuronale Verknüpfung von Nah-

rungsaufnahme mit Defäkation. Dies dauert meist ein bis zwei Wochen und gelingt bei ca. zwei Drittel der Patienten.

Die Rolle von Psyllium (Flohsamen) bei der Therapie der Stuhlinkontinenz

Indische Flohsamenschalen (z. B. Fluxlon®) wirken als Quellmittel und Stuhlweichmacher. Sie haben eine Quellzahl > 40, sie binden mehr als das 40-fache ihres eigenen Volumens an Wasser.

- Harter Stuhl wird dadurch voluminöser und weicher. Durch die Volumenzunahme wird die natürliche Darmperistaltik angeregt, durch die weiche Konsistenz die Defäkation erleichtert.
- Durchfallartiger, wässriger Stuhl dagegen wird angedickt, die Stuhlkonsistenz fester.

Flohsamenschalen wirken somit kontinenzfördernd durch die Optimierung der Stuhlkontinenz, sowohl bei Obstipation als auch bei Durchfall. Auch der Geruch und die Anhaftung des Stuhls an der Gesäß- und Oberschenkelhaut lassen sich damit verringern, was die Pflege erleichtert und den Reinigungsaufwand mindert. Der Verbrauch von Toilettenpapier und Reinigungstüchern geht zurück.

Dosierung · Ein bis zwei (in manchen Fällen bis zu drei) gehäufte Esslöffel Fluxlon® (= 8–16 g) in ¼ l Flüssigkeit einrühren und unmittelbar danach rasch trinken (der Quellprozess soll im Magen-Darm-Trakt und nicht im Glas erfolgen). Tagestherapiekosten ca. 0,30–0,60 €.

Zwischen der Einnahme von Medikamenten und indischen Flohsamenschalen sollte ein Abstand von mindestens einer halben Stunde liegen.

Bei Patienten mit Schluckstörungen oder die aus anderen Gründen nicht bedarfsdeckend trinken (z. B. Demenzerkrankte), ist der Einsatz von Quellmitteln kritisch zu prüfen. Das gilt auch für osmotische Laxanzien (z. B. Macrogol), die ihre Wirkung ebenfalls nur bei ausreichender Trinkmenge entfalten können.

Einfühlungsvermögen und professionelles Verhalten

Der Umgang mit stuhlinkontinenten Patienten erfordert Kenntnisse der Verdau-

ungsphysiologie sowie viel Einfühlungsvermögen. Ekelgefühle sind normal und sollten nicht tabuisiert, sondern mit Angehörigen und Pflegenden besprochen werden.

Professionelles Verhalten bedeutet auch freundliche Zurückhaltung: Der Betroffene sollte bei Misserfolgen weder getadelt noch bei Erfolgen überschwänglich gelobt werden. Dies trägt zu einer emotionalen Entkoppelung und Versachlichung des Problems Inkontinenz bei. ■

→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** Treatment of fecal incontinence in the elderly: not a mission impossible!

Elderly / incontinence / fecal / geriatric / assessment / psyllium

→ **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Joachim Zeeh

Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin

Geriatrische Fachklinik Georgenhaus

Ernsstraße 7, D-98617 Meiningen

E-Mail: j.zeeh@sozialwerk-meiningen.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Stuhlinkontinenz tritt oft gemeinsam mit Urininkontinenz auf und ist für Betroffene und Pflegende sehr belastend.
2. Die Diagnostik stützt sich auf Anamnese, körperliche und rektale Untersuchung.
3. Durchfall und Obstipation sind Wegbereiter einer Stuhlinkontinenz.
4. Es existieren einfache und effektive Therapiestrategien. Komplette Kontinenz bei höhergradig demenzerkrankten und stark immobilen Patienten (unfähig zum Sitzen auf der Toilette) wird in der Regel nicht erreicht.
5. Durch die „Toilette nach der Uhr“ unter Zuhilfenahme des gastrokologischen Reflexes und der Gabe von Flohsamenschalen kann in vielen Fällen eine signifikante Verringerung der Inkontinenzschwere erreicht werden.