

Einfachstes Mittel: In Bewegung bleiben

Ulla Henscher | Inkontinenz und Konstipation sind Funktionsstörungen des Darms, über die oftmals schwangere oder frisch entbundene Frauen klagen. Hilfreich ist es, wenn die Hebamme eine Dysfunktion erkennt und die Frau beraten kann, so die Autorin im zweiten Teil ihres Beitrags über anorektale Störungsbilder

Besonders in den frühen Schwangerschaftsmonaten senkt das Progesteron den Tonus der glatten Muskulatur. Durch die Wirkung des Progesterons soll insbesondere der Tonus der Uterusmuskulatur gehemmt werden. Aber auch der Tonus der Darmmuskulatur ist herabgesenkt. Viele Schwangere bemerken eine träge Verdauung verbunden mit Völlegefühl, Blähungen und Unterbauchschmerzen. Eine beschwerliche Entleerung des Darms kann zu Hämorrhoiden oder Senkungsproblemen führen.

Ein frühzeitiger Hinweis zu diesen normalen Veränderungen in der

Schwangerschaft verbunden mit Ernährungstipps, ausreichender Trinkmenge und richtigem Defäkationsverhalten kann die Beschwerden verringern. Besonders Mehrgebärende mit bekannten Vorschädigungen bedürfen der besonderen Beachtung.

Einfache Tipps

Nach der Geburt ist die Darmtätigkeit aufgrund der Lageveränderung des Darms, der oftmals mangelnden Bewegung der Wöchnerin und der zumeist ballaststoffarmen Krankenhauskost eher träge. Die Folge ist meist Obstipation im frühen Wochenbett.

Die Angst der Wöchnerin vor dem ersten Stuhlgang nach der Geburt, besonders nach Beckenbodenverletzungen (Dammriss/-schnitt) ist verständlicherweise sehr groß. Ein weicher Stuhl erleichtert sicherlich diesen ersten Schritt. Viele Wöchnerinnen bemerken schon in den ersten Tagen die mangelnde Kraft ihrer Beckenbodenmuskulatur auch im Afterbereich. Stuhlinkontinenz ist die unangenehme, aber verbreitete Folge von schweren Geburten. Ein frühzeitiger Hinweis auf die Wochenbettgymnastik, insbesondere auf das Beckenbodentraining ist sinnvoll.

Ärztliche Untersuchungen

Die Funktionsstörungen Konstipation und Inkontinenz (Bharucha et al. 2005) sind bei Bedarf eingebettet in eine medizinische Untersuchung des gesamten Verdauungstraktes. Spezielle Tests grenzen die Ursachen für anorektale Dysfunktionen ein.

Anorektale Druckmessung

Dieses Verfahren verwendet eine Reihe von Ballons, verbunden mit einem Druckmesser. Erstere werden im Laufe der Untersuchung immer stärker aufgeblasen. Gemessen wird der anale Verschlussdruck in Ruhe (resting pressure), der zu 80 Prozent vom M. sphinkter ani

internus ausgeht (Normaler Druck [N] = 48 bis 80 mm Hg). Außerdem wird der zusätzliche maximale willkürliche Druck des M. sphinkter ani externus (maximum squeeze pressure) und das Halten des Drucks (sustain squeeze pressure) über 20 Sekunden gemessen. Mit dieser Methode lässt sich ebenfalls die Reflexantwort (rectoanal inhibitory Reflex = RAIR) der analen Sphinkter bei Dehnung des Rectums feststellen. Erhöhte oder verminderte rektale Sensibilität lässt sich mit der Messung des spürbaren rektalen Füllungsvolumens feststellen. Proktologen oder Gastroenterologen führen einen solchen Test durch.

Elektromyografie

Diese Untersuchungsmethode wird benötigt, um Störungen der peripheren Reizleitung feststellen zu können. Die Aktionspotenziale des äußeren Schließmuskels in Ruhe, Aktivität und bei einem Hustenstoß werden durch eine rektale Elektrode oder die genaueren Feinnadelektroden ermittelt. Die Pudendus-Latenzzeit misst das Intervall zwischen der Stimulation des N. Pudendus und der darauf folgenden Kontraktion des M. Sphinkter ani externus.

Defäkografie

Diese Röntgenuntersuchung von Rectum und Analkanal mittels eines Kontrastmittels ermöglicht eine Beurteilung über die Speicher- und Entleerungsphase des Rectums. Es wird jeweils eine Aufnahme in Ruhelage, vom aktiven Zurückhalten des Darminhalts, und von der Entleerung gemacht. Diese Aufnahmen ermöglichen eine Messung des anorektalen Winkels in Ruhe (N = 90°) und während der Defäkation (N = 140°). Sie zeigen außerdem die Öffnung des Analkanals, das Absenken des Beckenbodens – pathologisch sind mehr als zwei Zentimeter unterhalb der Pubococcygeallinie – und das Schließen des Anus und die Verengung des anorektalen Winkels.

Die Transitzeit der Nahrung durch den Darm wird folgendermaßen bestimmt: Ein radioaktiver Marker muss

Das Kind nah am Körper tragen, schont den Beckenboden

von der Patientin geschluckt werden. Deren Darmpassage kann auf dem Röntgenshirm periodisch verfolgt werden. Abweichungen von der normalen Transitzeit für Nahrung sind so feststellbar.

Endoanale Sonografie und endoanale Magnetresonanztomografie (MRI) sind bildgebende Verfahren, die es erlauben die Integrität der Beckenboden- und Sphinktermuskulatur in verschiedenen Ausgangstellungen und Aktivitätszuständen zu beurteilen. Dammrisse/-schnitte und okkulte Verletzungen werden gut sichtbar.

Therapieformen

Bei anorektalen Beschwerdebildern ist es sinnvoll, einen Facharzt – Proktologen oder Gastroenterologen – aufzusuchen. Spezielle Untersuchungsverfahren helfen, das Beschwerdebild einzugrenzen, mögliche Ursachen festzustellen und eine maßgeschneiderte Therapie zu planen. Leider gibt es nur wenige weibliche Spezialisten!

Konservative Therapie

Abhängig von der zugrunde liegenden Problematik ist das Ziel der Behandlung ein normal geformter Stuhl und eine vollständige Entleerung des Rectums. Bei Inkontinenz erleichtert ein geformter Stuhl, eher als flüssiger oder gasförmiger Darminhalt, die Wahrnehmung eines gefüllten Rectums und verbessert die aktive Kontinenz. Bei Konstipation erleichtert normal geformter Stuhl die vollständige und zügige Entleerung des Rectums.

Mittel der Wahl können sein:

- Nahrungsmittelumstellung
- Umstellung der Flüssigkeitsaufnahme
- überlegter Umgang mit Abführmitteln
- spezifische Medikamente.

Chirurgische Maßnahmen

Weniger als zehn Prozent der betroffenen Frauen benötigen eine operative Behandlung, zumeist zur Behebung einer konservativ therapieresistenten Stuhlinkontinenz oder bei großen Defekten. Bei gleichzeitigem Descensus genitalis sind zusätzlich andere Operationen möglich.

Sphinkterplastik:

Durch diese Operation sollen die beiden Enden des Sphinkter ani externus nach einer Verletzung zusammenstoßend oder überlappend wieder zusammengefügt werden. Bei einer schon bestehenden Denervation ist diese Technik nicht erfolgreich.

Künstlicher Sphinkter (Gracilisplastik): Aus körpereigenem Muskelgewebe wird ein Sphinkter geformt. Die Sehne des M. Gracilis wird bei dieser Operation geteilt, um den Analkanal herum gelegt und an der contralateralen tuberositas ischiadicae befestigt. Ein implantierter Langzeitelektromuskulstimulator soll Typ-II-Fasern in Typ-I-Fasern (Ausdauerfasern) umwandeln.

Sphinkter aus körperfremden Gewebe: Seit einigen Jahren wird versucht, durch einen künstlichen Sphinkter, zum Beispiel AMS 800, Kontinenz zu erreichen. Bisher sind die Operationsergebnisse, trotz der niedrigen Fallzahlgruppe, zufrieden stellend (Michot et al. 2003; Rongen et al. 2003).

Descensusoperationen:

Diese Operationen versuchen die ursprüngliche funktionelle Anatomie wiederherzustellen. Bei einer Rectozele werden die Levatorschenkel am Perineum gerafft (Colporrhaphia posterior oder hintere Plastik). Bei einem Rectumprolaps wird das Rectum angehoben und am Lig. sacrococcygeum fixiert (transabdominale Rectopexie). Die Delorme-Vorgehensweise (Delorme procedere) beinhaltet eine Reparatur der prolapierten Muscosa, des Sphinkter und die Anlage eines Muskelwulstes zum Stützen des Rectums über einen analen Zugang.

Kolostomie:

Ein künstlicher Darmausgang ist das letzte Mittel der Wahl und eher bei kolorektalen Krebserkrankungen indiziert.

Wichtige Fragen

Neben Alter, Beruf, Hobbys und allgemeinen Aktivitäten der Patientin sollten gezielt Fragen zur spezifischen Problematik gestellt werden. Dabei können auch standardisierte Fragebögen (St. Marks-Incontinence Score, Bristol stool form Scale, Obstipationsscore) hilfreich sein, die die Therapie begleiten können. Zur Therapieplanung sollte die Motivation der Patientin und ihr persönliches Therapieziel abgefragt werden. Allgemeine Testverfahren geben Auskunft über den Muskelstatus, die Gelenkbeweglichkeit und die

Haltung. Eine rektale und/oder vaginale Funktionsuntersuchung – Inspektion und Palpation mit ausdrücklicher schriftlicher Einwilligung der Patientin – und die Beurteilung der Defäkationshaltung erlauben spezielle Befunde, die den Therapieverlauf bestimmen. Ursache einer chronischen Konstipation kann, neben organischen Veränderungen, ein pathologisches Stuhlgangverhalten sein.

Insbesondere die Unterdrückung des Stuhldranges führt zu verhärtetem Stuhl und erschwelter Entleerung. Eine Folgeerscheinung des Pressens bei der Entleerung ist eine Überbelastung des Beckenbodens. Damit ist eine Organsenkung eingeleitet (Klinge et al. 2005; Kahn et al. 2005).

Anale Sphinkterdefekte, die bei einer vaginalen Geburt entstehen, besonders bei Einsatz einer Geburtszange, gelten als herausragender Faktor für eine fäkale Inkontinenz (Macarthur et al. 2005; Pinta et al. 2005; Chiarelli et al. 2003).

Die Behandlung

Keep the stool formed – Keep the rectum empty (Laycock 2002): Sowohl in der physiotherapeutischen als auch

Weniger als zehn Prozent der betroffenen Frauen benötigen eine operative Behandlung

Die Beckenbodenaktivität lässt sich an den Sitzbeinhöckern erspüren

Ein entleertes Rectum garantiert einen inkontinenzfreien Zeitraum

ärztlichen Therapie ist das grobe Behandlungsziel ein normal geformter Stuhl und eine vollständige Entleerung des Rectums. Ein entleertes Rectum garantiert einen inkontinenzfreien Zeitraum.

Bei Konstipation erleichtert normal geformter Stuhl die vollständige und zügige Entleerung des Rectums.

Bausteine der Behandlung:

- Information, Aufklärung, Patientinenschulung
- Verbesserung der Wahrnehmung
- Beckenbodentraining
- Umsetzung in den Alltag (Verhaltensstrategien).

Die Schulung der Patientin beginnt schon bei der Befundaufnahme, wenn sich das Gespräch um Darm- und Blasengewöhnheiten, um Ernährung und allgemeine Gesundheit dreht. In der Schwangerschaft und im Wochenbett kann eine Hebamme durch gezieltes Befragen frühzeitigen Einfluss auf Beschwerden nehmen. Später wird der Patientin mithilfe eines Beckenmodells, mit Diagrammen und Literatur ein grundlegendes Verständnis des Verdauungssystems und seiner Funktionen vermittelt. Die Möglichkeiten einer Beckenbodenkontrolle im Hinblick auf die spezifische Problematik sollte betont werden.

Die negativen Folgen des Pressens bei der Entleerung für die Blase, den Darm und den Beckenboden, ein-

schließlich seiner nervalen Versorgung, müssen verdeutlicht werden.

Die praktische Unterweisung beinhaltet dann das Erlernen der korrekten Defäkationstechnik. Diese Technik allein, neben einer „gemütlichen“ Toilette und genügend Zeit, führt oft zu vollständiger müheloser Entleerung des Rectums.

Für die Patientin, die unter Inkontinenz leidet, empfiehlt es sich, eine vollständige Entleerung zu versuchen, bevor sie morgens das Haus verlässt. Dies garantiert ein leeres Rectum mindestens während des Tagesbeginns und vermindert die Inkontinenzepisoden.

Die Patientin wird angeregt, etwa 20 Minuten nach dem Frühstück eine Entleerung mit korrekter Entleerungstechnik zu versuchen, um von der peristaltischen Aktivität zu profitieren, die vom gastrokolischen Reflex hervorgerufen wird. Als Hilfe zur Entleerung soll sie stimulierende Nahrungsmittel in ihr Frühstück aufnehmen und sich eventuell den Bauch massieren.

Richtig ernähren

Auch die Patientin mit Konstipation wird angeregt, den gastrokolischen Reflex, stimulierende Nahrungsmittel und Bauchmassage zu nutzen, um die Entleerung zu unterstützen. Eine regelmäßige tägliche Toilettenzeit ist empfehlenswert. Die Patientin sollte gewarnt werden, den Toilettengang nicht zu verschieben. Der Darminhalt dickt im Rectum weiter ein und die Entleerung wird schwieriger und schmerzhafter. Durch eine ballaststoffreiche Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr kann eine optimale Stuhlkonsistenz erreicht werden.

Patientinnen mit Konstipation wird geraten, geeignete Mengen von Früchten und Gemüse – besonders grünem Gemüse – zu sich zu nehmen sowie Müsli, Körner und Vollkornbrot. Bohnen, Erbsen, Kartoffeln, Teigwaren, weißes Brot, weißer Reis, gekochte Karotten, Schokolade und Bananen wirken stuhlverhärtend und sollten vermieden werden.

Die meisten Patientinnen mit Inkontinenz haben wohl ihre „Problemnahrungsmittel“ schon erkannt. In Maßen dürfen stuhlformende Nahrungsmittel, wie Reis, gekochte Kartoffeln und Bananen gegessen werden.

Für Patientinnen mit anorektalen Störungen sind viele Medikamente erhältlich, sowohl rezeptpflichtige als auch frei verkäufliche. Sie sollen eine optimale Stuhlkonsistenz bewirken

und können vorübergehend hilfreich sein. Bei einer chronischen Einnahme „verlernt“ der Darm natürlich zu funktionieren.

In Bewegung

Rauchen, Alkoholgenuss, Übergewicht (Body Mass Index [BMI] > 25), ballaststoffarme Ernährung und mangelnde Bewegung fördern das Entstehen einer Konstipation. Frauen, die sich täglich sportlich betätigen und ballaststoffreich ernähren, erkranken seltener (Dukas et al. 2003). Bewegung regt die Darmperistaltik an, verkürzt die Darm-Transitzeit, verändert die Immunfunktion, und den Hormonspiegel (Simren 2002, Quadriatero und Hoffmann-Goetz 2003). Chronische Konstipation ist ein Risikofaktor, neben vielen anderen, bei der Entstehung von Darmkrebs. Langjähriger Ausdauersport reduziert nachweislich das Krebsrisiko (Slattery et al. 2003)

Beckenbodentraining

Beckenbodentraining ist für viele Patientinnen mit anorektalen Störungen die Therapie erster Wahl und eine selbstbestimmte Möglichkeit, das Beschwerdebild zu verbessern, zu heilen und die positiven Effekte langfristig zu halten. Es ist frei von Nebenwirkungen. Bei Patientinnen mit gleichzeitiger Senkungsproblematik sollte zusätzlich ein Urethral- oder Würfelpessar als mechanische Stütze verordnet werden.

Bindegewebsmassage

Die Bindegewebsmassage als Reflextherapie ist sinnvoll bei einem Störungsbild mit zu Grunde liegendem vegetativem Ungleichgewicht. Die Anamnese und der Bindegewebsbefund geben Hinweise auf den Körperabschnitt, der be-

DIE AUTORIN

Ulla Henschler ist Physiotherapeutin, Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie im Deutschen Verband für Physiotherapie, Zentralverband für Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V. und Mitglied des Beirates der Deutschen Kontinenzgesellschaft (GIH).

Kontakt:

Limmerstr. 78

30451 Hannover

Tel. (05 11) 2 10 32 20

E-Mail: u-henschler@t-online.de

handelt werden sollte. Bei segmentaler Anwendung hat diese Technik eine starke lokale Wirkung. Bei segmentübergreifender Anwendung erzielt sie einen allgemeinen vegetativen Ausgleich. Colorektale Dysfunktionen lassen sich mit dieser Technik beeinflussen. Als Behandlung hat sich die „heiße Rolle“ bewährt. Dabei wird in ein aufgerolltes Handtuch bis zur Hälfte heißes Wasser gefüllt und die heiße Rolle wird auf dem Bauch langsam abgewickelt. Als ergänzende zum Beispiel zur Bindegewebsmassage oder Colonmassage oder alleinige Therapieform ist diese wirksame Wärmeanwendung bei anorektalen Dysfunktionen sinnvoll. Lokal wirkt sie entspannend, durchblutungsfördernd und schmerzsenkend. Segmental entfaltet sie ihre ausgleichende Wirkung auf das vegetative Nervensystem.

Kolonmassage

Diese Bauchmassage verbessert bei Konstitution die Darmbeweglichkeit, löst „Gewitterecken“ und erleichtert die Entleerung. Sie kann sowohl vom Therapeuten als auch von einer angeleiteten Patientin als Selbsthilfemaßnahme durchgeführt werden. Im Verlauf des Colons, beginnend am Colon ascendens, wird mit kreisenden Bewegungen der Fingerspitzen der Darm bis zum Colon descendens im Uhrzeigersinn massiert. Die normale Behandlungsdauer beträgt zehn bis zwanzig Minuten.

AUS DER APOTHEKE

Flohsamen ist der Samen des Flohsamen-Wegerichs oder Sandwegerichs. Er enthält besonders in der Samenschale reichlich Schleimstoffe, ähnlich wie Leinsamen, die mit Wasser stark quellen. Die Einnahme des Samens mit ausreichend Wasser bewirkt durch das vergrößerte Volumen eine Förderung der Darmtätigkeit sowie durch die stuhlerweichende Wirkung eine erleichterte Defäkation. Die Wirkung tritt nach zwölf bis 24 Stunden ein, der maximale Effekt wird erst nach einer Einnahme von zwei bis drei Tagen erreicht.

Dosierung:

Fünf bis zehn Gramm Flohsamen lässt man in etwa 100 Milliliter Wasser vorquellen und nimmt die Menge unter Nachtrinken von mindestens einem Glas Wasser (200 Milliliter) bis zu dreimal täglich ein. Das Produkt ist in Reformhäusern oder in der Apotheke in verschiedenen Geschmacksrichtungen erhältlich.

Viele Patientinnen haben Schwierigkeiten, ihre Beckenboden- und Sphinktermuskulatur wahrzunehmen und dann richtig zu kontrahieren und zu relaxieren. Biofeedbackgeräte für den Beckenboden sollen der Patientin helfen, diese Muskeln korrekt anzuspannen beziehungsweise zu entspannen und die Motivation durch fortwährende Rückmeldung zu steigern. Zu den vielen verschiedenen Möglichkeiten, Veränderungen der Muskelaktivität darzustellen, gehören Töne, ein Lichtbalken, digitale Angaben oder die grafische Darstellung auf einem Computerbildschirm.

Biofeedbackverfahren

Für einige Patientinnen ist ein Training mit zusätzlichen vaginalen oder rektalen Biofeedbackgeräten interessanter sowie leichter und länger durchführbar. Biofeedbackverfahren sind einer medikamentösen Therapie überlegen (Palsson et al. 2004). Gängige Techniken sind:

- Perineometer (vaginaler Druckmesser)
- Digitale Technik (vaginale/rektale Kontrolle mit dem Finger)
- EMG-Biofeedback (rektale/vaginale Elektrode, perianale/abdominale Obeflächenelektroden)
- Elektrostimulation
- Ballontechnik.

Elektrostimulation

Elektrische Stimulation wird als Biofeedback und als Möglichkeit, Muskeln zu reizen, eingesetzt. Die Anwendung von elektrischem Strom auf die Muskulatur produziert eine reflektorische Muskelkontraktion, die die Patientin verspürt. Diese Wahrnehmung führt zu einem verbesserten Verständnis der Aktivität der Muskulatur und anschließend zu einer besseren aktiven Kontraktion. Wenn die Patientin in der Lage ist, ihren Beckenboden korrekt zu aktivieren, ist das aktive Beckenbodentraining vorzuziehen. Therapiegeräte, die sowohl stimulieren als auch über ein Biofeedbackverfahren verfügen, sind wegen ihrer Kombination von „aktivem“ und „passivem“ Training vorzuziehen. Die Stimulation ist sowohl anal, vaginal, intravesikal als auch perineal möglich.

Ballontechnik

Der rektale Ballon kann Patientinnen helfen, die Reflexaktivität von Rektum und Sphinktermuskulatur zu trainieren, die rektale Compliance zu verbessern und die rektale Sensibilität zu verringern oder zu steigern. Die anorektale

Druckmessung als ärztliches diagnostisches Instrument ist Grundlage dieser Behandlungstechnik.

Ballontechniken lassen sich mit einem bestimmten Katheter oder einem aufblasbaren rektalen Ballon durchführen. Ein Kondom wird über den Ballon gezogen, um seine Reinigung zu erleichtern, und ein wasserlösliches Gel wird auf das Kondom aufgetragen. Der Ballon wird in das Rektum hinter dem Analkanal eingeführt und dann aufgeblasen. Es empfiehlt sich, der Patientin das Aufblasen des Ballons vor dem Einführen zu zeigen, um sie zu beruhigen und zu erreichen, dass sie die Anwendung besser versteht und mitmacht.

Folgende Therapieziele sind erreichbar:

- Trainieren einer willkürlichen Beckenbodenkontraktion
- Verbesserung der rektalen Sensibilität
- Verbesserung der rektalen Compliance und Vermindern der Sensibilität
- Verbesserung der Propriozeption und/oder Kontraktilität des Beckenbodens.

Den Mut, anorektale Störungsbilder frühzeitig anzusprechen und Hilfen anzubieten, wünsche ich mir von allen Beteiligten rund um die Geburt. Schwangere und Wöchnerinnen werden es uns danken. ●

Schaukelnde Beckenbewegung bei Beckenbodenentlastender Ausgangsstellung regen die Darmperistaltik an

Biofeedbackverfahren sind wirksamer als Medikamente