

Anorektale Störungen

Ulla Henschler | Manche Frau vertraut sich nach der Geburt ihrer Hebamme an, wenn sie spürt, dass die Kontrolle über ihren Darm nicht so ist wie vorher. Die Hebamme sollte die Zusammenhänge kennen und Hilfen anbieten können

Mit einem unangenehmen Geräusch, oftmals verbunden mit einem eindeutigen Geräusch, offenbart sich der Öffentlichkeit die Stuhlinkontinenz. Dem Betroffenen ist dieses Krankheitsbild deshalb oftmals um ein Vielfaches peinlicher als eine diskretere geringgradige Harninkontinenz.

Weniger bekannt sind die Verstopfung (Obstipation – oder international: Konstipation) und der Durchfall (Diarrhoe) als ernsthafte Funktionsstörungen mit weit reichenden Folgen. Das Selbstwertgefühl eines Menschen und seine soziale Integration ist eng mit der Fähigkeit verbunden, den Stuhl „ort- und zeitgerecht absetzen zu können“ (WHO-Definition).

Frauen sind aufgrund anatomischer Unterschiede und Geburtstraumen häufiger betroffen als Männer. In der Schwangerschaft und im Wochenbett, besonders bei Mehrgebärenden oder spezieller Disposition, haben Frauen Probleme mit dem „großen Geschäft“. Untersuchungen nach der Geburt (Sultan et al. 1993 und 1994, Cornes et al. 1991) zeigen auf, dass der anorektale Verschlussapparat bei zwei Drittel der Frauen nach vaginaler Geburt verletzt ist. Sie leiden meist, zusätzlich zu anorektalen Störungen, unter urethrovessikalen Dysfunktionen und Senkungsbeschwerden. Internationale Standardisierungen, wie im Bereich der urethrovessikalen Störungsbilder, gibt es bisher nicht (Cundiff et al. 2001).

Verdauung beginnt im Mund

Die Verdauung beginnt im Mund mit dem Kauen unter Hinzufügen von Speichel und Gleitmitteln. Im Magen und den Därmen wird der Prozess fortgesetzt, so dass die Nahrung schließlich in kleinen Bausteinen aufgenommen und unverdaute Bestandteile, zusammen mit Zellen und Bakterien, mit dem Stuhl (Faezes) ausgeschieden werden kann. Speicher- und Entleerungsstörungen des

Rectums können ihre Ursache in allen Bereichen des Verdauungstraktes haben. Die normale Transitzeit für Nahrung liegt bei Frauen bei 47 Stunden; Männer brauchen aufgrund hormoneller Unterschiede nur 33 Stunden (Bassotti et al. 1995). Kaffeehaltige Getränke und Stress beschleunigen die Passagezeit, Progesterone verlangsamen sie in der Schwangerschaft und in der zweiten Zyklushälfte. Mangelnde Bewegung verlängert die Passagezeit.

Der Anorektaltrakt

Das Rectum ist der fixierte letzte Teil des Dickdarms. Er ist zwölf bis 15 Zentimeter lang, beginnt etwa in Höhe des dritten Sakralwirbels, folgt dem Verlauf des Kreuz- und Steißbeins und endet etwas unterhalb der Spitze des Steißbeins (Os coccygeum). Ventral grenzt das Rektum bei Frauen an die Vagina, bei Männern an die Blase und Prostata.

Der Analkanal, der letzte Teil des Rectums, beginnt an der Kreuzbeinspitze, an der anorektalen Flexura, durchquert das Levatorentor (Hiatus ani) und endet mit dem Ausgang des Analkanals (Anus). In Rückenlage ist diese Kante ungefähr zwei Zentimeter oberhalb einer Linie zwischen dem Tuberositas ischiadicae. Der Analkanal ist 2,5 bis 4,5 Zentimeter lang und kann durch willkürliche Kontraktionen des M. sphinkter ani externus sowie M. puborectalis verlängert werden. Wenn das Rectum gefüllt ist, verkürzt er sich.

Das Innere des Analkanals ist in seinen oberen zwei Dritteln mit Schleimhaut (Mucosa) ausgekleidet und im unteren Drittel mit Haut. Die Trennlinie zwischen Schleimhaut und Haut ist als weiße Linie (linea anocutanea) unterschiedlich deutlich sichtbar. Die beiden submukösen Venenpolster (Plexus venosus rectalis internus und externus) verbessern den rektalen Verschlussdruck.

Die Analmuskulatur

Im Hiatus ani treffen quergestreifte und glatte Muskelsysteme zusammen,

Foto: Michael Plümer

die für die Funktion des Rectums von Bedeutung sind. Der glattmuskuläre M. sphinkter ani internus, im Innern des oberen Anteil des Analkanals, ist ungefähr 30 Millimeter lang, zwei bis drei Millimeter dick und eine Verdickung der zirkulären Muskulatur, die den gesamten Darmtraktes bedeckt.

Zwischen den beiden Sphinkteren bildet der M. puborectalis eine nach ventral offene Schlinge um diesen Abschnitt. Weiter caudal schließt sich der quergestreifte M. sphinkter ani externus mit einigen zirkulären Touren an. Man unterscheidet einen tiefen Anteil und einen oberflächlichen Anteil, die durch eine bindegewebige Schicht voneinander getrennt sind.

Durch die Verflechtung von Muskelfasern des M. puborectalis mit Fasern des M. sphinkter ani externus ist diese Muskulatur indirekt am Beckenring befestigt. Beide Anteile sind bindegewebig mit dem Corpus anococcygeum des Os coccygis verbunden. Der tiefe Anteil des M. sphinkter ani externus und der M. puborectalis formen einen charakteristischen doppelten Wulst in der sagittalen Ebene.

Bei Frauen ist der M. sphinkter ani externus anterior etwas kürzer als pos-

Auch eine korrekte Defäkationshaltung kann geübt werden

Bei zwei Drittel der Frauen ist der anorektale Verschlussapparat nach vaginaler Geburt verletzt

ANLEITUNG

Korrekte Darmentleerung

- Einnehmen der korrekten Defäkationshaltung: aufrecht auf der Toilette sitzend, den Oberkörper etwas nach vorn geneigt (Flexion im Hüftgelenk), die Füße gut abgestützt, die Hände auf den Oberschenkeln abgelegt. In dieser Position kann der Beckenboden sich optimal entspannen und das Zwerchfell kann dynamisch reagieren.
- Dann sollte die Patientin den Beckenboden und die analen Sphinkter bewusst entspannen.
- Die Patientin atmet danach ein und hält den Atem kurz an. Dabei wölbt sie den Unterbauch und die Taille nach außen. Zur Kontrolle kann sie eine Hand auf den Unterbauch und die andere Hand in die Taille legen, um die Vorwölbung des Bauches besser zu spüren. Das Zwerchfell bewegt sich nach unten. Der Oberbauch bleibt lang.
- Die richtig erzeugte intraabdominelle Druckerhöhung komprimiert das Rectum gegen den automatisch aktivierten, stützenden M. pubococcygeus und M. iliococcygeus.
- Wiederholungen dieser Aktionen stimulieren den Entleerungsreflex, die Darmperistaltik setzt ein und das Rektum wird entleert.

terior. Dieser Muskel unterstützt den glatten M. sphinkter ani internus zu 30 Prozent bei der Aufrechterhaltung des analen Verschlussdrucks. Letzterer umfasst die oberen drei Viertel des Analkanals. Im Schlaf ist er nur gering aktiv. Bei intraabdominaler Druckerhöhung und willentlicher Anspannung können beide Muskeln den anorektalen Winkel verkleinern und so eine Stuhlinkontinenz verhindern.

Funktion des Anorektaltraktes

Ballaststoffreiche Kost, die unverdauliche Bestandteile enthält, vergrößert die Stuhlmenge. Gase (Flatus), die sich immer im Kolon befinden, können über den Anus entweichen. Im Rektum schieben die Darmbewegungen den Stuhl rückwärts in Richtung Colon sigmoid und damit weg vom Anus. Diese Darmaktivität ist in der Nacht größer als am Tage und verhindert damit eine nächtliche Darmentleerung. Eine halbe Stunde nach einer Mahlzeit (gastrokolischer Reflex) ruhen diese Aktivitäten und die rektale Ampulle kann sich füllen, Stuhldrang tritt auf und eine Darmentleerung ist möglich. Eine längere Verweildauer entzieht dem Darminhalt weiter Flüssigkeit. Der Stuhl wird härter.

Stuhlinkontinenz

Der Stuhl besteht aus unverdauten Speiseresten, Gärungs- und Verrottungsprodukten, Abbauprodukten aus der

Galle, Ausscheidungsprodukten des Dickdarms sowie Wasser und Salzen.

Nach Untersuchungen über die Prävalenz der Stuhlinkontinenz in Deutschland leiden circa fünf Prozent der Gesamtbevölkerung – also circa vier Millionen Menschen – unter verschiedenen Schweregraden der Stuhlinkontinenz. Kontinenz beruht darauf, dass verschiedene Faktoren interagieren:

- normale Passage von normal geformtem Stuhl
- normales rektales Speicherreservoir
- normale Kontrolle des Stuhldranges
- normale Reflexfunktion der analen Sphinktermuskulatur und Beckenbodenmuskulatur.

Eine fäkale Inkontinenz ist definiert als der unfreiwillige Abgang von Stuhl (Faezes), Flüssigkeit oder Gas (Flatus) aus dem anorektalen Trakt (Womack et al. 1988).

Man unterscheidet vier Schweregrade

- Grad 1: Abgang von Luft
- Grad 2: Abgang von Schleim
- Grad 3: Abgang von dünnflüssigem Stuhl
- Grad 4: Vollständiger Kontrollverlust.

Bezüglich der Formen der fäkalen Inkontinenz kann nach Engel et al. 1995 unterschieden werden in eine aktive und eine passive Inkontinenz. Bei der aktiven Form geht Darminhalt verloren, obwohl die Patientin den anorektalen Verschluss aktiviert (Urgeinkontinenz). Die Ursache dafür kann ein Defekt des quer gestreiften anorektalen Verschlussapparates (M.sphinkter externus und M.puborectalis) sein. Bei einer passiven Inkontinenz geht unwillkürlich Darminhalt verloren. Ursache dafür ist ein Defekt des glattemuskulären anorektalen Verschlussapparates (M. sphinkter ani internus). Die Ursachen für eine Inkontinenz sind vielfältig:

- vaginale Geburt; insbesondere bei Forcepseinsatz und Dammschnitt entstehen Verletzungen der Beckenbodenmuskulatur, der analen Sphinkter und der zugehörigen Nervenversorgung (Sultan et al. 1993 und 1994, Cornes et al. 1991)
- Operationen: Sphinkteroperation, Hämorrhoidektomie, Fissurektomie, Descensusoperation, Kolostomie, Fisteloperation, Operationen bei kolorektalem Karzinom,
- Denervation durch pressende Entleerung bei Konstipation (Kiff et al. 1984, Kenneth und Pemberton 1992)
- Medikamente (siehe Tabelle)
- hormonelle Faktoren
- psychische Faktoren
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Darmerkrankungen

- angeborene anorektale Fehlbildung (Analatresie, Pflaumenbauchsyndrom, Darmatresie, neurogener Darm, sakrale Agnesie)
- neurogene Krankheitsbilder (Schlaganfall, Diabetes, Bandscheibenvorfall, Multiple Sklerose)
- Missbrauch.

Chronische Verstopfung

Die Konstipation (Obstipation) wird definiert als schwieriger oder seltener Austritt von Faezes. Das Rectum entleert sich normalerweise ohne Mühe in elf bis 20 Sekunden vollständig durch die Darmperistaltik oder/und durch Erhöhung des IAP (intraabdominalen Drucks). Ursache einer chronischen Konstipation kann, neben organischen Veränderungen, ein pathologisches Stuhlgangverhalten sein. Insbesondere die Unterdrückung des Stuhldranges führt zu verhärtetem Stuhl und erschwerter Entleerung. Eine Folgeerscheinung des Pressens bei der Entleerung ist eine Senkung des Beckenbodens.

Nach klinischen Kriterien liegt eine chronische Konstipation (Verstopfung) dann vor, wenn mindestens zwei der vier folgenden Kriterien erfüllt sind (Whitehead 1991):

- Stuhlfrequenz ist geringer als drei Stuhlgänge pro Woche
- Starkes Pressen ist bei mehr als 25 Prozent der Stuhlgänge nötig
- Gefühl der inkompletten Entleerung bei mehr als 25 Prozent der Stuhlgänge
- harter Stuhl.

HINWEIS

Falsches Toilettenverhalten

- Der Entleerungsversuch ohne Stuhldrang führt meist zu überlangem Aufenthalt auf der Toilette und mündet in starkem Pressen. Die Folge sind Hämorrhoiden und Organsenkungen.
- Einen deutlichen Stuhldrang zu ignorieren, führt zu verlängerter Verweilzeit im Enddarm und damit zu hartem Stuhl. Diesen zu entleeren, ist mühsam und schädigt den analen Verschlussapparat.
- Nach hinten geneigtes Sitzen mit gerundeter Wirbelsäule verengt den Beckenausgang und verhindert damit eine Entspannung der Beckenbodenmuskulatur und Öffnung des Analtraktes.

Insbesondere bei Forcepseinsatz und Dammschnitt entstehen Verletzungen der Beckenbodenmuskulatur

Bei einer Konstipation können verminderte Darmbeweglichkeit (Kolonmotilität) und/oder funktionelle Entleerungsschwierigkeiten vorliegen. Die Konstipation analen Ursprungs hemmt den Austritt des Darminhalts durch eine Hypertonizität im Analkanal oder eine Dysnergie der Beckenboden-Sphinkter-Muskulatur. Bei einer Konstipation rektalen Ursprungs führt eine überlange Verweilzeit des Darminhalts im Rectum zur Verhärtung des Stuhls und Erweiterung dieses Abschnitts (Megarectum).

Die Ursachen können vielfältig sein: Oftmals ist der Darm weniger beweglich, wenn zu wenig Flüssigkeit aufgenommen worden ist oder zu viele stopfende, ballaststoffarme Nahrungsmittel. Aber auch Bewegungsmangel oder psychische Faktoren können eine Rolle spielen. Allein die Tatsache, auf Reisen zu sein oder „ungemütliche“ Toiletten hemmen manche Menschen in ihren normalen Entleerungsgewohnheiten. Auch eine falsche Defäkationshaltung ist verbreitet (siehe Kasten).

Ein erhöhter Progesteronspiegel in der zweiten Zyklushälfte und in der Schwangerschaft kann ebenfalls zu einem trägen Darm beitragen. Im Wochenbett muss der Darm sich wieder an seinen ursprünglichen anatomischen Ort bewegen und nach der Geburt füllen. Schmerzen und Angst vor Schmerzen können die Entleerung zusätzlich

HINTERGRUND

Ursachen einer Konstipation

- hypertoner Beckenboden und analer Sphinkter
- rektale Hyposensibilität
- vergrößerte rektale Compliance (Megarectum)
- Rectozele, Enterozele
- falsche Defäkationshaltung und -technik (siehe Kasten)
- schlechte Toilettengewohnheiten
- schlechte Ernährungsgewohnheiten
- verlängerte Passagezeit
- mangelnde Bewegung
- mangelnde Flüssigkeitszufuhr
- Schmerzen

Ursachen für Inkontinenz

- Beckenboden- und Sphinkterschwäche
- schlechte Propriozeption von Beckenboden und analem Schließmuskel
- rektale Hypersensibilität
- unvollständige Entleerung
- verminderte rektale Compliance
- verkürzte Passagezeit

verzögern. Anismus (siehe Störungen), Missbrauch, sowie Medikamente, die die Darmbeweglichkeit hemmen, wie beispielsweise Eisenpräparate in der Schwangerschaft, können ebenfalls eine Rolle spielen. Eine Senkung der Organe, neurologische Krankheitsbilder sowie Operationen im Anorektalbereich stellen ebenfalls mögliche Ursachen dar.

Störungen

Zu den Störungen, die sich auf die Darmfunktion auswirken können, gehören

- Anismus: Entleerungsstörungen durch eine Beckenboden-Sphinkter-Dyssnergie, die häufig bei sexuell missbrauchten Frauen auftritt (Drossmann et al. 1993)
- Neurogene Krankheitsbilder (Schlaganfall, Diabetes, Bandscheibenvorfall, Multiple Sklerose): Die Schädigung der nervalen Reizleitung kann zu verminderter rektaler Sensibilität und/oder mangelhafter Sphinkterfunktion führen
- Morbus Crohn: Entzündliche Dünndarmerkrankung, die mit Schmerzen und Durchfall einhergeht
- Morbus Hirschsprung: Angeborene Entleerungsstörung, da sich der M. sphinkter ani internus bei Rectumfüllung nicht entspannt. Sie betrifft selten Frauen.
- Reizkolon (irritable bowel syndrome IBS): Bei dieser Funktionsstörung handelt es sich um eine Zusammenstellung von Symptomen, die vor allem Frauen betreffen. Treffen zwei oder mehr Symptome zusammen, handelt es sich um ein Reizkolon ohne feststellbare strukturelle oder biochemische gastrointestinale Auffälligkeiten. Es wird eine hohe psychische Komponente angenommen

(Whitehead und Crowell 1991, Tillisch et al. 2005).

Symptome über einen Zeitraum von zwölf Wochen in den letzten zwölf Monaten (Rome II Criteria)

- Bauchschmerzen
 - Unregelmäßige Defäkationsfrequenz
 - Unregelmäßige Stuhlkonsistenz
 - unkorrekte Defäkation (mit Pressen, starkem Dranggefühl, Gefühl der inkompletten Entleerung)
 - Entleerung von Schleim
 - Aufgeblähter Bauch
 - Sexueller Missbrauch als Ursache für Funktionsstörungen im unteren Darmtrakt sind ebenfalls möglich (Leroi et al. 1995).
- Die Häufigkeit liegt bei circa elf Prozent (Hungin et al. 2005).
- Rektozele, Enterozele: Die Aussackung des Rectums (Rectozele) oder Dünndarms (Enterozele) in die Vagina oder in den Anus kann zu Entleerungsstörungen des Rectums führen. Eine daraus resultierende pressende Entleerung schädigt den Beckenboden und die analen Sphinkter. Eine zusätzliche fäkale Inkontinenz ist die Folge.
 - Hämorrhoiden: Aussackungen am Anus, die durch eine pressende Defäkation gegen die Hämorrhoidalplexi entstehen. Sie können zusätzlich Jucken und Blutungen am After auslösen.

Im zweiten Teil des Beitrages wird es um Untersuchungsverfahren und Therapie bei einer Stuhlinkontinenz gehen.

Die Autorin

Ulla Henscher 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-henscher@t-online.de