

## Konservative Therapie bei Analinkontinenz

**Indikation:** Als Analinkontinenz wird die Stuhl- und Flatusinkontinenz zusammengefasst, d.h. die Unmöglichkeit, Stuhlgang oder Winde (Darmgas) willkürlich zurückzuhalten und damit den Darm bewusst zu entleeren. Die Winde nicht halten zu können, ist die leichte Ausprägung, auch festen Stuhl nicht halten zu können, eine schwere Form der Analinkontinenz.

**Wirkungsweise:** Die Ursachen der Analinkontinenz liegen häufig in der fehlenden Verschlussmöglichkeit des Enddarm-Schließmuskels aufgrund muskulärer oder neurologischer Defekte. Andererseits kann auch die Verstopfung (Obstipation) zu einer Überlaufinkontinenz führen. Dementsprechend zielt die Therapie zum Einen auf eine Stärkung des Schließmuskels oder einen zeitweisen mechanischen „Verschluss“ des Enddarmes. Zum Anderen kann der Enddarm gezielt entleert werden, sodass kein Stuhlgang vorhanden ist, der verloren gehen könnte.

**Behandlungsschema:** Am Beginn der Therapie sollte immer eine Überprüfung der **Ernährungs-** und Lebensgewohnheiten stehen. Haben Sie die Analinkontinenz nur nach bestimmten Nahrungsmitteln, die Sie vermeiden könnten? Könnte eine **Unverträglichkeit** (häufig auf Lactose/ Fruktose) bestehen? Dann wäre ein Test auf Unverträglichkeiten sinnvoll. **Quellstoffe**, wie z.B. Flohsamenschalen, können sowohl zu weichen, wie auch zu festen Stuhl regulieren, um einen regelmäßigen Stuhlgang zu ermöglichen. Mit **Loperamid** kann der Stuhlgang **medikamentös** eingedickt werden, damit der Stuhlgang besser gehalten werden kann.

Eine regelmäßige Stuhlentleerung morgens, kann vor „bösen“ Überraschungen im Laufe des Tages schützen, die durch **Abführzäpfchen** oder **Klistiere** gefördert werden kann. Glycerin oder kohlen säurehaltige Zäpfchen beeinflussen dabei nicht die Peristaltik des Darmes, so dass keine Gewöhnungseffekte einsetzen. Bei sehr stark ausgeprägter Analinkontinenz können auch **Irrigatoren** eingesetzt werden, deren Zulauf geblockt wird, so dass die Spülflüssigkeit des Darmes nicht einfach wieder abfließt und auch höher liegende Darmabschnitte erreicht.



## Konservative Therapie bei Analinkontinenz

Einen mechanischen „Verschluss“ des Enddarmes kann durch **Analtampons** erreicht werden, die es in verschiedenen Größen und Ausführungen gibt.

Die Stärkung des Schließmuskels wird über Training erreicht, welches durch spezialisierte **Physiotherapie** angeleitet besonders effektiv ist und durch **Elektrostimulation- bzw. Biofeedback**-Training mit entsprechenden Geräten unterstützt werden kann. Diese Therapien müssen über mehrere Wochen durchgeführt werden bis erste Erfolge eintreten. Ein selbständiges regelmäßiges Beckenbodentraining als Erhaltungstherapie ist dauerhaft sinnvoll.

**Erwartungen:** Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen Erfolge nach Elektrostimulation bzw. Biofeedback-Training. Zum Erfolg der anderen Therapien gibt es nur wenige wissenschaftliche Studien. Aus unserer klinischen Erfahrung sind diese Maßnahmen aber durchaus effektiv. Reichen Ihnen diese Therapien nicht aus, gibt es verschiedene Operationsmöglichkeiten, je nach Ursache der Analinkontinenz.

**Nebenwirkungen:** Alle erläuterten Behandlungen sind sehr nebenwirkungsarm. Die regelmäßige Einnahme von Loperamid kann Verstopfung verursachen. Verursacht die Anwendung von Analtampons mechanische Irritationen um den Anus oder Stuhldrang, kann eine andere Art Tampon versucht werden. Kommt es bei der rektalen Elektrostimulation zu Missempfindungen oder Schmerzen stellen Klebeelektroden auf der Haut eine Alternative dar.

**Finanzierung:** Stuhlregulantien (Quellmittel) und Abführzäpfchen sind in der Regel Selbstzahlerleistungen, eine Kostenübernahme mit der Diagnose Analinkontinenz und bei regelmäßiger Notwendigkeit kann bei der gesetzlichen Krankenkasse beantragt werden. Irrigatoren können als Hilfsmittel verordnet werden. Die Finanzierung von Analtampons wird von den meisten gesetzlichen Krankenkassen problemlos übernommen.