

## **Stuhlkontinenz erreichen**

Katharine Finney Kinsman, CRNP (Okt. 2003)

*Kathy ist Krankenschwester am Center for Spina Bifida and Related Conditions am Kennedy Krieger Institut in Baltimore (USA). Kathy leitet eine Kontinenzgruppe und hat Erfahrung in der Behandlung von unterschiedlich verursachter Arten von Inkontinenz. Die Beratungsgruppe führt Bewertungen durch und versucht, Kontinenzprobleme durch einen interdisziplinären Ansatz in den Griff zu bekommen, der Krankenpflege, Verhaltenspsychologie und Beschäftigungstherapie umfasst.*

### **Einführung**

Transverse Myelitis (TM) ist eine seltene Erkrankung, bei der eine Rückenmarksentzündung sekundäre Zustände wie Bewegungsunfähigkeit, Hautprobleme und Funktionsstörungen in Blase und Darm verursacht. Untersuchungen haben ergeben, dass in der Regel rund zwei Drittel der Betroffenen mit langfristigen Folgen leben müssen, die von leicht bis ernsthaft rangieren können. Auch bei den Patienten, die sich erholen, gibt es fast immer einen vorübergehenden Zeitraum, in dem Organsysteme wie Darm und Blase in Mitleidenschaft gezogen sind.

Dieser Beitrag beschäftigt sich vor allem damit, wie ein Patient mit Störungen der Nervensteuerung des Darms Kontinenz erreichen kann. Die Verfasserin teilt die Meinung einer wachsenden Anzahl von Ärzten und Pflegern, dass es jedem Menschen *zusteht*, kontinent zu sein und jeder Mensch das *Recht hat*, Kontinenz *zu beanspruchen*. Wenn an Ihrem Wohnort keine adäquate Hilfe zu bekommen ist, dann suchen Sie weiter, denn es gibt viele unterschiedliche Institutionen und Anbieter von medizinischen Diensten, die über die entsprechenden Kenntnisse und Erfahrung verfügen.

### **Terminologie**

Es gibt etliche verschiedenen Ansätze zur Behandlung von Inkontinenz, leider aber kein Königsweg, der bei allen Menschen unter allen Umständen funktioniert. Das ist ein Teil der Herausforderung vor der Patient und Dienstleister stehen. Bevor es möglich ist, spezifische Ansätze zu besprechen, ist es nötig, bestimmte gängig gebrauchte Begriffe zu verstehen.

Neurogene Inkontinenz ist ein sehr weiter Begriff, der immer angewendet werden kann, wenn (vorübergehende oder dauerhafte) Nervenschädigungen den Teil des Rückenmarks betreffen, der die Blasen- und Darmfunktion steuert. Blase und Darm werden beide sowohl zentral als auch peripher gesteuert, die betreffenden Informationen werden vom Gehirn an die peripheren Organgruppen durch Nerven übertragen, die vom Rückenmark abzweigen. Die Nerven, die sich auf Harn- und Stuhlkontinenz auswirken, befinden sich im sakralen Bereich, dem untersten Teil des Rückenmarks. Die Schädigung oder Entzündung des Rückenmarks oder der Leitungsbahn, durch welche die Informationen vom Gehirn an das untere Rückenmark übertragen werden, kann zur Unfähigkeit führen, den Harn-/Stuhldrang zu fühlen. Dazu fehlt häufig die Kontrolle über die Rektalmuskeln. Menschen mit intakten Nervenbahnen können die Stuhlausscheidung bewusst einleiten, indem sie den analen Schließmuskel entspannen damit der Stuhl passieren kann und, umgekehrt, den Schließmuskel anspannen, um den Stuhl zurückzuhalten, der sich schon im Mastdarm befindet. Kann man den Schließmuskel nicht kontrollieren, so besteht die Gefahr unvorhergesehener spontaner Darmentleerungen.

Als kontinent bezeichnet man Menschen, die nicht unter unerwarteten Entleerungen leiden. Menschen, die nicht unter neurologischen Problemen leiden und die Nutzung einer Toilette gelernt haben, bemerken den Stuhldrang im voraus und können die Toilette rechtzeitig erreichen, um dort ihr Geschäft zu verrichten. Im Unterschied dazu müssen sich Menschen, deren TM den unteren Rückenmarksbereich betrifft, die Toilettenbesuche zeitlich einteilen und Einläufe, Zäpfchen und andere Hilfsmaßnahmen anwenden, damit die Darmentleerungen planmäßig auf der Toilette stattfinden. Beide Menschen sind dann kontinent, leiden also nicht mehr unter unerwarteten Entleerungen, und können normale Unterwäsche tragen. Es gibt allerdings eine Reihe weiterer Faktoren, die berücksichtigt werden müssen, um wirklich zu verstehen, wie Kontinenz erreicht werden kann.

### **Das Entwicklungsalter**

Das Entwicklungsalter eines Menschen ist zu berücksichtigen, bevor ein Kontinenzprogramm gestartet werden kann. Dabei ist es wichtiger, das Entwicklungsalter als das tatsächliche chronologische Alter des Patienten zu berücksichtigen. Ein Kind wird als reif für die Toilettenbenutzung angesehen, wenn es von seinem Entwicklungsalter her in der Lage ist, an dem betreffenden Lernprozess teilzunehmen. Dieser kann nur erfolgreich sein, wenn das Kind (oder jeder andere Mensch) aktiv daran teilnimmt und davon überzeugt ist, dass die Kontinenz Vorteile bringt. Das ist in der Regel ab einem Alter von rund drei Jahren der Fall. Wenn allerdings eine Prozedur erforderlich ist, die beispielsweise regelmäßige Einläufe mit einschließt, so kann es sein, dass das Kind schon älter sein muss. Ich lege den Familien, die ich betreue, immer nahe, ansonsten normal entwickelte Kinder nicht mit Windeln in die Schule zu schicken, wenn es sich irgendwie machen lässt.

Kinder lernen voneinander, und wenn daher ein Bruder oder eine Schwester oder auch ein Elternteil ein Verhalten vorexerziert, dann macht das ein Kind gerne nach. So ist es auch mit dem Toilettenbesuch. Es sind Bücher und Videos verfügbar, die Kindern spielerisch vorführen, wie man ins Badezimmer und auf die Toilette geht. Im Medizinalbedarf finden sich auch Malbücher und Videos für Kinder, die lernen, einen Katheter im Rahmen ihres Kontinenzprogramms zu verwenden.

### **Verhaltensanregungen**

Inkontinente Menschen werden oft von Freunden, Verwandten und anderen unsensiblen Personen gehänselt und verspottet. Für den inkontinenten Menschen ist oft die gesamte Thematik mit negativen Gefühlen besetzt. Soziale Strafe ist keine wirksame Behandlung der Inkontinenz und diejenigen, die ihr ausgesetzt sind, haben oft schweren Zoll an Selbstwertgefühl und Fähigkeit zur Eigenständigkeit zu zahlen.

Kontinent zu werden bedeutet eine Menge Arbeit sowohl für den Patienten als auch für seine Familie und die anderen Menschen, die eine bedeutende Rolle spielen. Umfassende Tagebücher sind zu führen, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr müssen berücksichtigt werden, und letztlich sind Verhaltensänderungen in spezielle regelmäßige Routineabläufe einzubauen und zu befolgen. Dazu sind langfristig Motivation, Einsatz und vor allem Geduld nötig. Bei Kindern sind oft greifbare Belohnungen und ein Variieren des Herangehens nötig, damit sie interessiert und am Ball bleiben. Gelegentlich ist formale Verhaltenstherapie erforderlich um Veränderungen der Lebensweise einzuführen und umzusetzen. Der Unterschied zwischen Kontinenz und Inkontinenz liegt häufig gerade in kleinen Details, die, wenn man sie wie die Teile eines Puzzles zusammenlegt, zu einer Lösung führen.

### **Emotionale Auswirkungen**

In unserer Gesellschaft wird es erwartet, dass alle Menschen ab einem Alter von rund drei Jahren kontinent sind. Die Unfähigkeit, die eigene Blase und Darm zu kontrollieren, ist mit einem enormen sozialen und emotionalen Stigma verbunden. Die Auswirkungen, die ein "Unfall" oder das Windeltragenmüssen auf ein Kind oder Erwachsenen haben, kann man nicht genug unterstreichen. Neuere Untersuchungen bei Kindern mit *Spina bifida* (Spaltbildung in der Wirbelsäule) haben gezeigt, dass die chronische Inkontinenz mehr Elend verursacht hat als jede andere Beschwerde, die mit dieser Erkrankung zusammenhängt, einschließlich der Lähmung der Beine und der Unfähigkeit zu Gehen. Mit großer Wahrscheinlichkeit verhält es sich ähnlich bei Menschen, die unter anderen neurologischen Erkrankungen leiden.

Kontinent zu werden entspricht einer Reise, die für jeden, der sie unternimmt, einzigartig ist. Es gibt keine "fertigen Rezepte", doch auf der anderen Seite gibt es nahezu unzählige Ansätze und Kombinationen von Ansätzen, die es auszuprobieren gilt. Dem behandelnden medizinischen Team zu vertrauen und zu diesen Menschen Zutrauen zu entwickeln ist ein wesentlicher Schritt auf dem Weg die Kontinenz sowohl gefühlsmäßig als auch körperlich in den Griff zu bekommen. Unter Berücksichtigung der obigen Aspekte wenden wir uns jetzt der Hauptfrage zu, nämlich "Wie macht man das?"

## **Der Anfang**

Die Behandlung umfasst in der Regel eine Kombination von Änderungen der Ernährung, Änderungen des Verhaltens, Medikation und positiver Verstärkung, die schrittweise eingeführt werden. Oral eingenommen Laxantien (Abführmittel) sollten mit Vorsicht verwendet werden, da es schwer ist, vorherzusagen, wann sie wirken werden.

Die natürlichen Reflexe und Biomechanik des Körpers sollten genutzt werden, wo immer möglich. Ein Beispiel dafür ist der gastrokolische Reflex. Das ist die natürliche Reaktion des Körpers auf einen vollen Magen. Nach einer Mahlzeit wird der Magen gedehnt und die betreffende Information wird an das Gehirn gesandt. Daraufhin tritt die als Peristaltik bekannte wellenförmige Kontraktion der glatten Darmmuskeln ein. Die Nahrung wird verdaut, während sie durch den Dünndarm und dann zum Dickdarm transportiert wird. Die Konsistenz wird fester, je mehr sie sich dem Mastdarm nähert. Die Wellen der Peristaltik bewegen den Darminhalt weiter. Davon bemerken wir manchmal ein Zusammenkrampfen, Wind oder "das Gefühl, dass man muss." Dieser Reflex stellt sich ein, auch wenn man ihn nicht fühlen oder erkennen kann. Manche Menschen haben nach einer Mahlzeit eine sehr starke Reaktion, andere nicht. Diejenigen, die von sich sagen: "Ich bin wie ein Uhrwerk; ich muss jeden Morgen nach dem Frühstück aufs Klo" haben in der Regel einen starken gastrokolischen Reflex. Eine Möglichkeit, um zu erkennen, wie stark der eigene gastrokolische Reflex ist und andere Verdauungsmuster zu erkennen, ist das Führen eines Tagebuchs der Toilettengewohnheiten über ein oder zwei Wochen. Dabei sollte aufgezeichnet werden, wann die Darmentleerungen stattfinden und ob dabei Inkontinenz auftritt. Für jene, die kein Gefühl dafür haben, wann sie aufs Klo müssen, kann es nötig sein, alle paar Stunden die Unterwäsche zu prüfen. Ebenso sollte die Menge und Konsistenz des Stuhls notiert werden.

Ein Beispiel für die Nutzung der Biomechanik des Körpers ist die Stellung, die man auf dem Klo einnimmt. Nehmen Sie eine Position ein, in der Sie bequem sitzen. Stellen Sie sicher, dass keine Gefahr besteht, dass sie hinein- oder vom Klo herunterfallen. Ein gut geschnittener Klositz und leicht erreichbare Haltemöglichkeiten zur Stabilisierung sind ein großer Schritt auf dem Weg, das Ganze zu einer entspannten Handlung zu machen. Vergessen Sie nicht, die Entleerung erfolgt, wenn die unteren Beckenmuskeln entspannt sind. Der Körper ist in der besten anatomischen Stellung für eine Entleerung, wenn sich die Beckenmuskeln entspannen und senken können. Die Beine sollten gespreizt und die Knie höher als das Becken sein, so wie wenn die Füße auf einem Schemel aufliegen oder auf Telefonbüchern stehen, die man auf beiden Seiten des Klos auf den Boden gelegt hat. Beim Versuch, den Stuhl zu entleeren, drücken Sie durch Anspannen die Darmmuskeln. Husten oder Lachen kann das Drücken erleichtern. Wenn ich einem Kind das Drücken beibringe, tue ich so, als ob ich einen Geburtstagskuchen in der Hand hielte und fordere das Kind auf, die Kerzen darauf auszublasen oder ich sage dem Kind, es sei der böse Wolf aus der Fabel von den drei Kleinen Schweinchen und solle "husten und prusten und das ganze Haus zusammenpusten."

Abschließend sollte man daran denken, dass das Erreichen von Kontinenz ein wenig so ist, wie wenn man mit einem Fahrrad auf einem Hochseil fährt. Der Darminhalt muss schnell genug durch den Darm transportiert werden, so dass der Stuhl weich aber geformt ist. Wird er zu schnell transportiert, so bleibt zuviel Wasser im Stuhl und er ist zu weich. Ist der Transport hingegen zu langsam kann der Stuhl hart werden und zu Verstopfung führen. Die Häufigkeit der Darmentleerungen ist nicht so wichtig, wie die Konsistenz und Menge des Stuhls.

## **Einen Plan aufstellen**

Das Aufstellen eines Kontinenzprogramms beginnt damit, dass der betreuende Arzt die Entwicklung des Problems aufzeichnet und eine physische Untersuchung durchführt. Zu den Fragen, die bei der Untersuchung beantwortet werden müssen, gehören: Ist der Bauch weich oder fest (was ein Anzeichen für größere Mengen nicht entleerten Stuhls sein kann)? Befindet sich Stuhl im Mastdarm? Kann der Patient den Schließmuskel kontrollieren? Ist der Analreflex vorhanden? Und letztlich, wie ist der gegenwärtige allgemeine neurologische sensible und motorische Zustand des Patienten?

In der Erfahrung der Verfasserin sind Kontinenzprogramme hilfreicher, wenn die Routineeingriffe beginnen, nachdem das Kolon (der Dickdarm) entleert und gereinigt wurde. Es können keine ungewollten Entleerungen erfolgen, wenn sich kein Stuhl mehr im unteren Teil des Kolons und im Rektum (Mastdarm) befindet. Selbst wenn eine anfängliche Entleerung und Reinigung einen ersten Schritt darstellt, liegt der wirkliche Erfolg doch darin, sicherzustellen, dass das Kolon leer bleibt bis sich der Patient das nächste Mal wieder in einem kontrolliertem Umfeld (wie dem Badezimmer) und auf der Toilette befindet.

Die Reinigung des Kolons lässt sich auf viele verschiedene Arten und Weisen bewerkstelligen, dazu gehören orale Abführmittel, Einläufe, Zäpfchen oder eine Kombination dieser Mittel. Darmreinigungen sind

keine Spaßveranstaltungen, doch wenn sie gut geplant werden, können sie in einem einzigen Tag abgeschlossen werden. Für die meisten ist das ein geringer Preis, der für Kontinenz zu zahlen ist.

Der Aufrechterhaltungsteil des Programms sollte unmittelbar nach der Reinigung beginnen, damit nicht wieder Stuhl das System blockieren kann. Ein Beginn durch nicht-invasive Maßnahmen wie Verhaltens- und Ernährungsänderungen kann schon ausreichen, besonders wenn eine auch nur teilweise Darmkontrolle vorhanden ist. Werden orale Abführmittel benutzt, so muss die Dosierung **sehr gering** sein. Denken Sie daran, dass es schwierig ist, vorherzusagen, wann das Mittel wirken wird. Abführmittel eignen sich besser dazu, den Stuhl lediglich ein wenig flotter voranzubewegen als dazu, eine tatsächliche Darmentleerung zu bewirken. Die Wirkung von digitaler Stimulation, Zäpfchen oder Einläufen ist in der Regel viel besser voraussagbar. Steigern oder ändern Sie immer nur um eine Einheit, damit nachvollziehbar ist, was geholfen hat und was nicht.

Wenn die konservative medizinische Behandlung nicht ausreicht, gibt es eine Reihe von chirurgischen oder prozeduralen Optionen, zu denen ein künstlicher Darmausgang, Entlastungsfisteln im Kolon und Kontinenzostomien (künstliche Darmausgänge). Nicht alle Optionen sind für alle Patienten sinnvoll. Wichtige Faktoren, die bei der Entscheidung bedacht werden sollten schließen das Alter des Patienten, die Komplikationsquote des Eingriffs, langfristige Auswirkungen und die Fähigkeit, durch das gesamte Programm unabhängig zu werden, mit ein. Es gibt eine steigende Anzahl von pädiatrischen Chirurgen und Bestrahlungsspezialisten, die es sich zum Ziel gemacht haben, interdisziplinär im Interesse sozialer Kontinenz zu arbeiten.

Stuhlkontinenz kann bei Patienten mit Nervenschädigungen, wie jene durch TM hervorgerufenen, durch einen Ansatz auf mehreren Ebenen, durch Geduld und Beharrlichkeit erreicht werden. Es ist wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, dass sich Fortschritt progressiv einstellt und dass es eine Vielzahl von medizinischen Praktikern gibt, die Patienten und ihren Familien einen sinnvollen Weg unter den zahlreichen verfügbaren Optionen weisen können.