

# Wenn dich der Scham zum (Becken-)Boden drückt

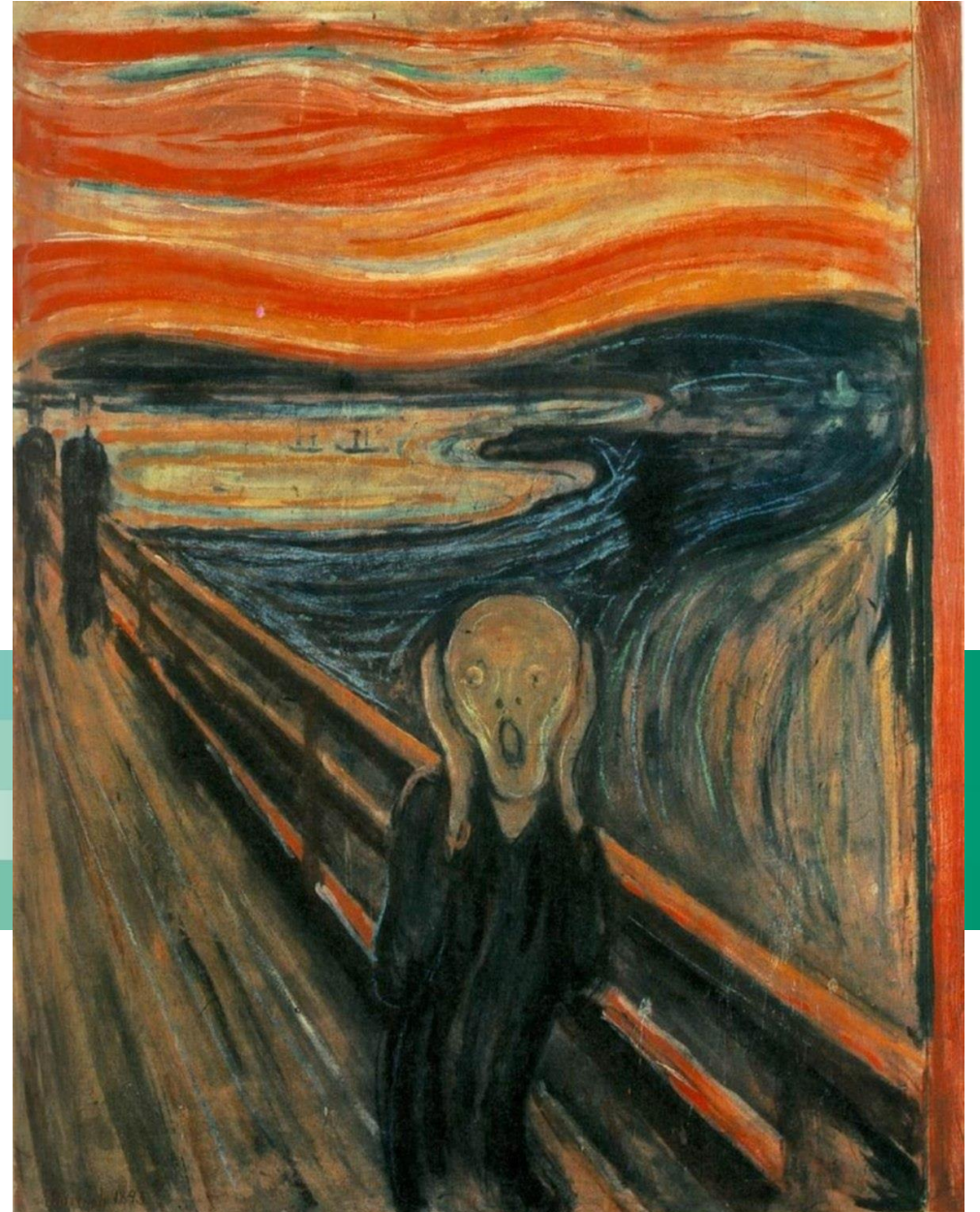
.....

## lass uns darüber reden

Dr. med. Ioannis LINAS

Oberarzt Gastroenterologie, UVCM – Inselspital

ioannis.linas@insel.ch



## (Stuhl-)Inkontinenz

- Was bedeutet sie für mich und für Euch
- ... für die Patienten
- ... für die Gesellschaft
- Wie kannst Du helfen?
- Wie kann ich helfen?

## (Stuhl-)Inkontinenz

- **Was bedeutet sie für mich und für Euch**
- ...für die Patienten
- ...für die Gesellschaft
- Wie kannst Du helfen?
- Wie kann ich helfen?

# Definition der Inkontinenz

## Definition der Inkontinenz

- Rezidivierende unkontrollierte Passage von Stuhlmaterial für mindestens 3 Monaten

Rao et al, Gastroenterology 2016;150:1430–1442

## Definition der Inkontinenz

- **Rezidivierende unkontrollierte Passage von Stuhlmaterial für mindestens 3 Monaten**
  - *Nach der Sauberkeitserziehung (~4. Lebensjahr)*
  - *Schleimabgang ausgeschlossen*
  - *Schmierer? Ungewollter Windabgang??*

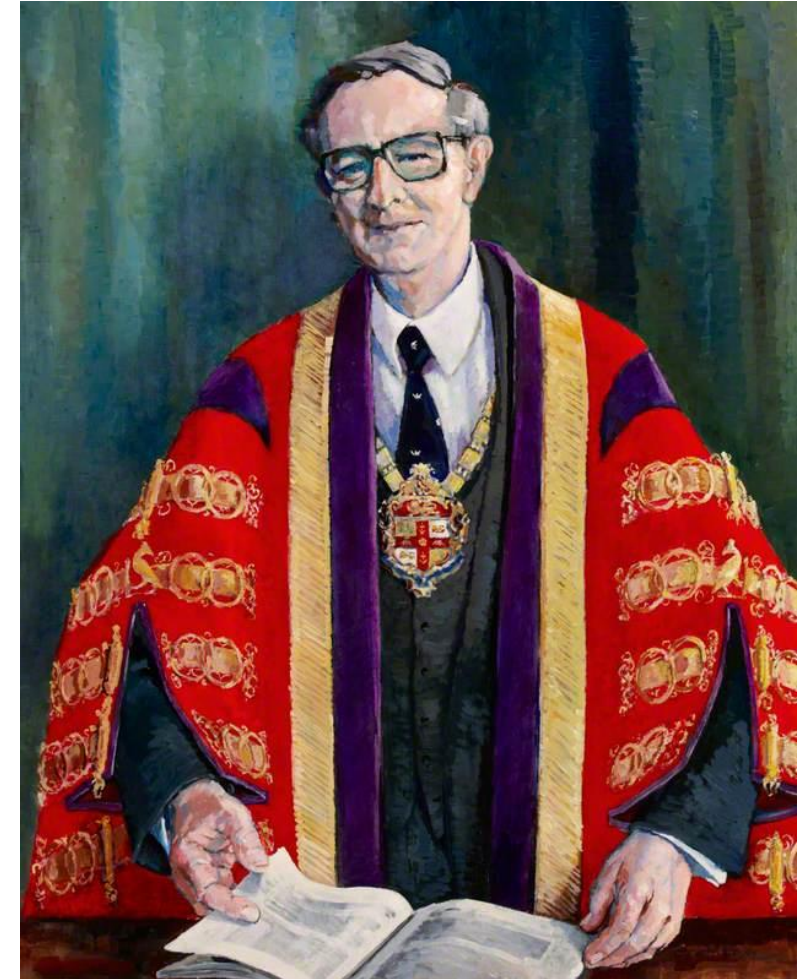
# Schwergrad

## Einteilung nach Parks

- Grad I: Wind
- Grad II: Dünnflüssiger Stuhl
- Grad III: Geformter Stuhl

## Weitere Systeme

- Wexner
- Vazey



**Sir Alan Parks (1920–1982)**

## Vazey (St. Marks) Score 0 - 24

	<i>Never</i>	<i>Rarely</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Weekly</i>	<i>Daily</i>
Solid stool	0	1	2	3	4
Liquid stool	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Change in lifestyle	0	1	2	3	4
				No	Yes
Wear a pad/plug				0	2
Taking constipating agents				0	2
Inability to defer defecation for 15 min				0	4



## Einteilung je nach Auslöser

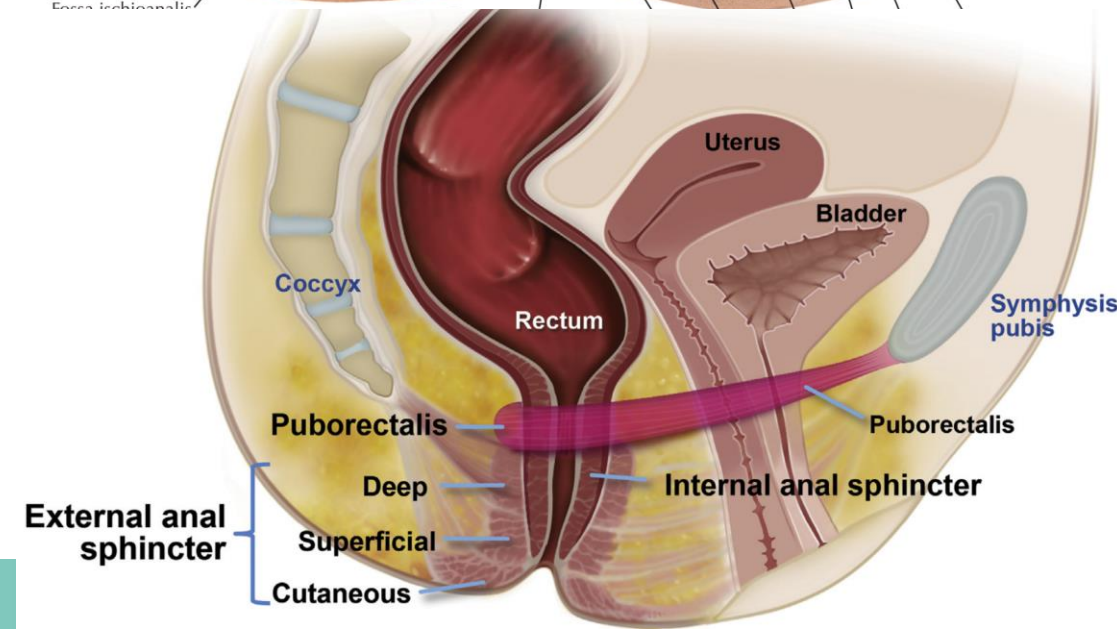
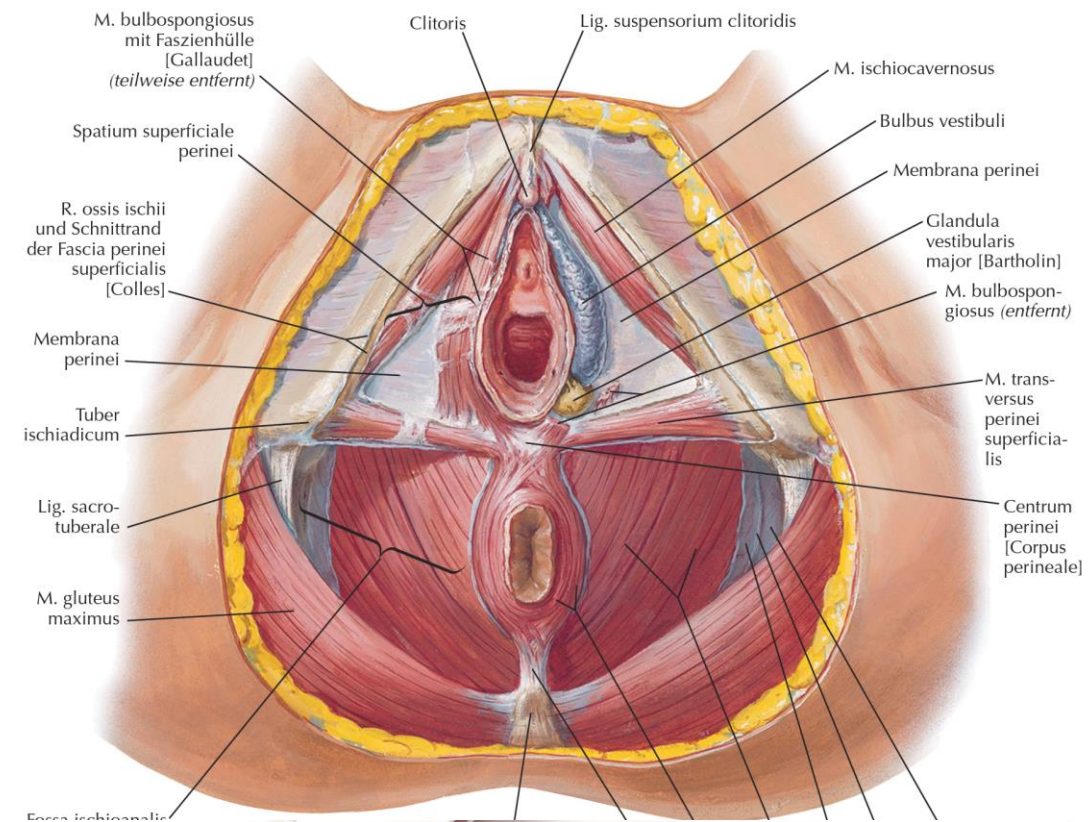
- Stress-Inkontinenz
- Drang-Inkontinenz
- Passive Inkontinenz

# Physiologie der Kontinenz

## Mechanismus der Kontinenz

- IAS, EAS, Puborectalschlinge
- Plexus hemorrhoidalis
- Rektoanale Sensorik
- Rektale Distensibilität
- Spinale Innervierung
- Stuhlkonsistenz
- Mobilität
- Psychosoziale Faktoren

Rao et al, Gastroenterology 2016;150:1430–1442



# Ätiologie der Inkontinenz

## **Anal sphincter weakness**

- Traumatic: **obstetric**, **surgical** / Non-traumatic: scleroderma, idiopathic sphincter degeneration

## **Neuropathy**

- Peripheral (eg, pudendal) or generalized (e.g., diabetes mellitus)

## **Pelvic floor disorders**

- Rectal prolapse, descending perineum syndrome
- Disorders affecting rectal capacity and/or sensation

**Inflammatory conditions** (radiation proctitis, Crohn's disease, ulcerative colitis)

**Anorectal surgery** (pouch, anterior resection)

**Rectal hyposensitivity / hypersensitivity**

**Central nervous system disorders** (**Dementia**, stroke, brain tumors, MS, spinal cord lesions)

**Psychiatric diseases**

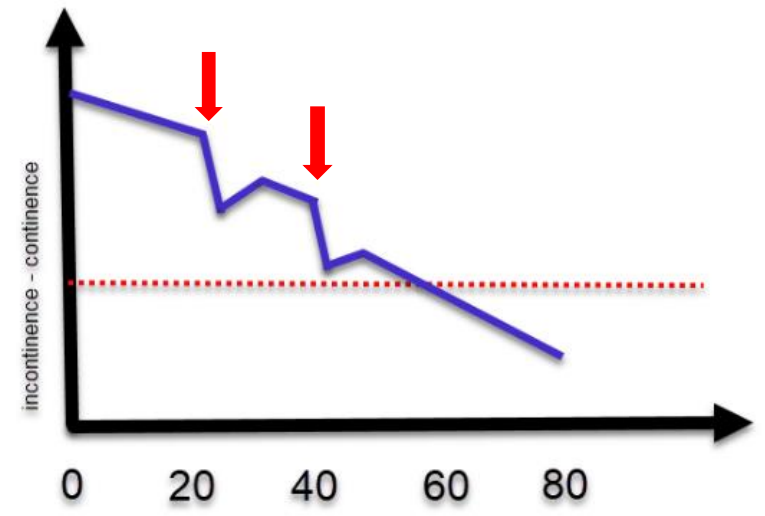
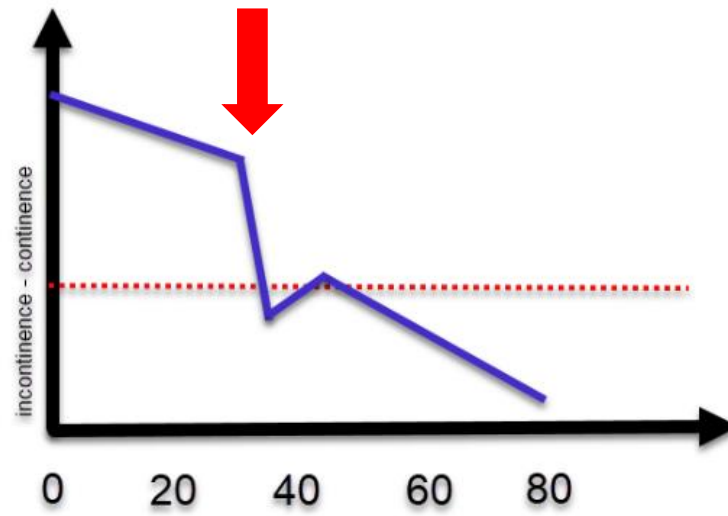
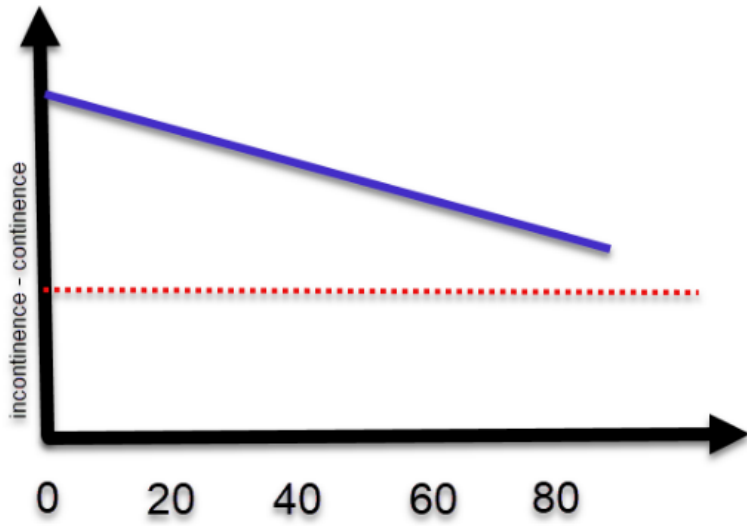
## **Bowel disturbances**

- **IBS**, post-cholecystectomy diarrhea
- **Constipation and fecal retention with overflow**

## Risiko co-Faktoren

- Diarrhö (unabhängig von Ätiologie): OR 53
- Übergewicht: per Einheit BMI > 25, OR 1.1
- Rauchen: OR 4.7
- Cholezystektomie: OR 4.2
- Urininkontinenz: OR 3.1
- Hohes Alter
- Reduzierte körperliche Aktivität

# Verlauf



## (Stuhl-)Inkontinenz

- Was bedeutet sie für mich und für Euch
- **... für die Patienten**
- ... für die Gesellschaft
- Wie kannst Du helfen?
- Wie kann ich helfen?

## Herr W., 74



## Herr W., 74

- Rezidivfreier Zustand bei St.n. Pankreaskarzinom (OP 2005)
- Peniskarzinom (PEC) und Rezidiv 11/2016
- Ossär metastasiertes Adenokarzinom der Prostata (2017 bis dato)



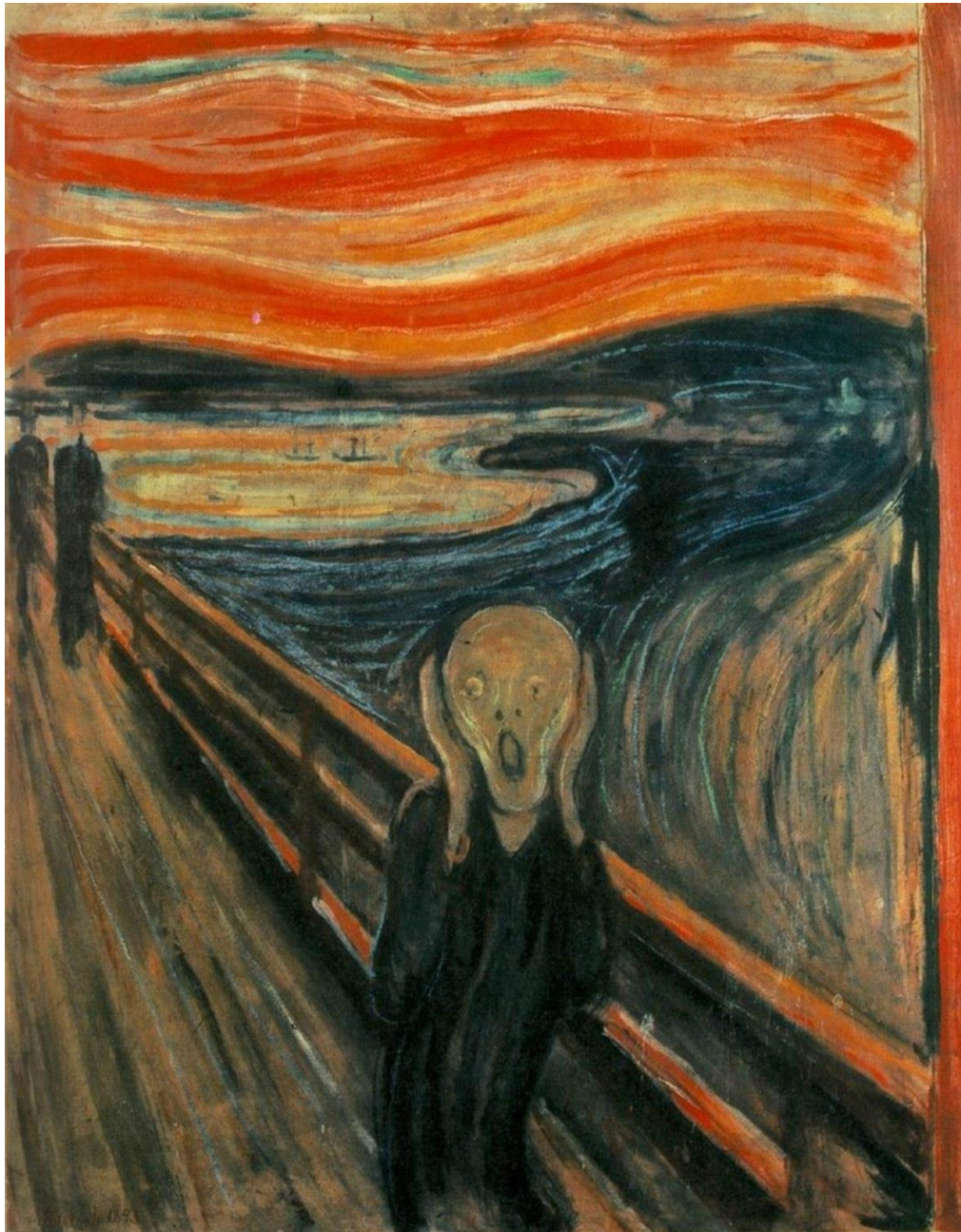


## Herr W., 74

### Dranginkontinenz seit 1 Jahr

- 1x / 3T starker Stuhldrang, kann nicht verhindert werden
- Breiiger Stuhl an diesem Tag, sonst eher verstopft.





«Ich bin nicht mehr ich selbst.  
Das ist kein Leben»

## Effekt auf Lebensqualität

### **Einschränkung des Soziallebens**

- Toilette finden
- Hygiene / Geruch, wie bewältigen
- Angst vor körperlicher Aktivität
- Peinlichkeit
- Darmgewohnheiten unvorhersehbar

### **Assoziierte psychologische Probleme**

- Stress und Depression
- geringes Selbstwertgefühl
- Probleme mit Geschlechtsverkehr

Cotterill N et al. Dis Colon Rectum 2008;51:82–87.

## (Stuhl-)Inkontinenz

- Was bedeutet sie für mich und für Dich
- ... für die Patienten
- **... für die Gesellschaft**
- Wie kannst Du helfen?
- Wie kann ich helfen?

## Epidemiologie

- Prävalenz 7% - 15% (Frauen – Allgemeinbevölkerung)
- 18% - 33% (Spital - stationär)
- 50% - 70% (Alters - Pflegeheim)
- Männer: Prävalenz ähnlich oder tiefer

Nelson R et al. Dis Colon Rectum 1998;41:1226–1229.  
Bliss DZ et al. J Am Med Dir Assoc 2013; 14:451.e1–e7.

## Es wird darüber nicht geredet...

- Patienten versuchen alles, um das Problem zu verdrängen / zu verbergen.
- Werden von der Gesellschaft oft stigmatisiert
- Ärztliche Hilfe erst nach Jahren aufgesucht

くそつたれ

*(Kusottare - japanisch)*

Manchmal gibt's andere Gründe

## Frau S., 72

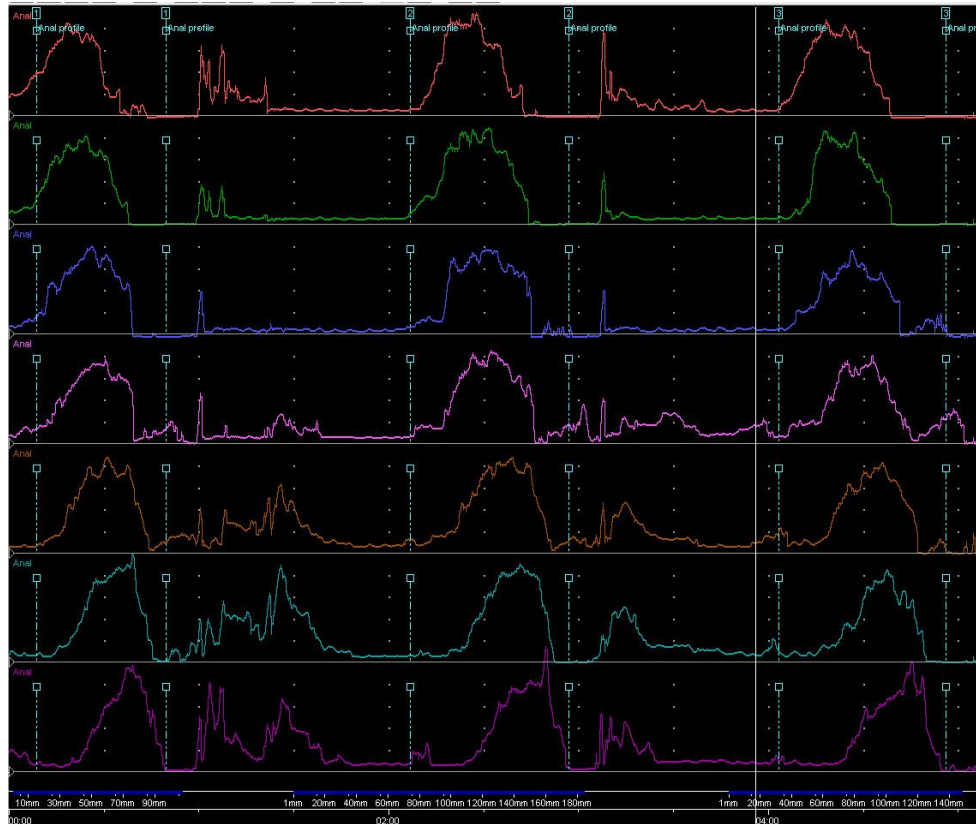
Zuweisung für anorektale Manometrie (2016)

### Anamnese

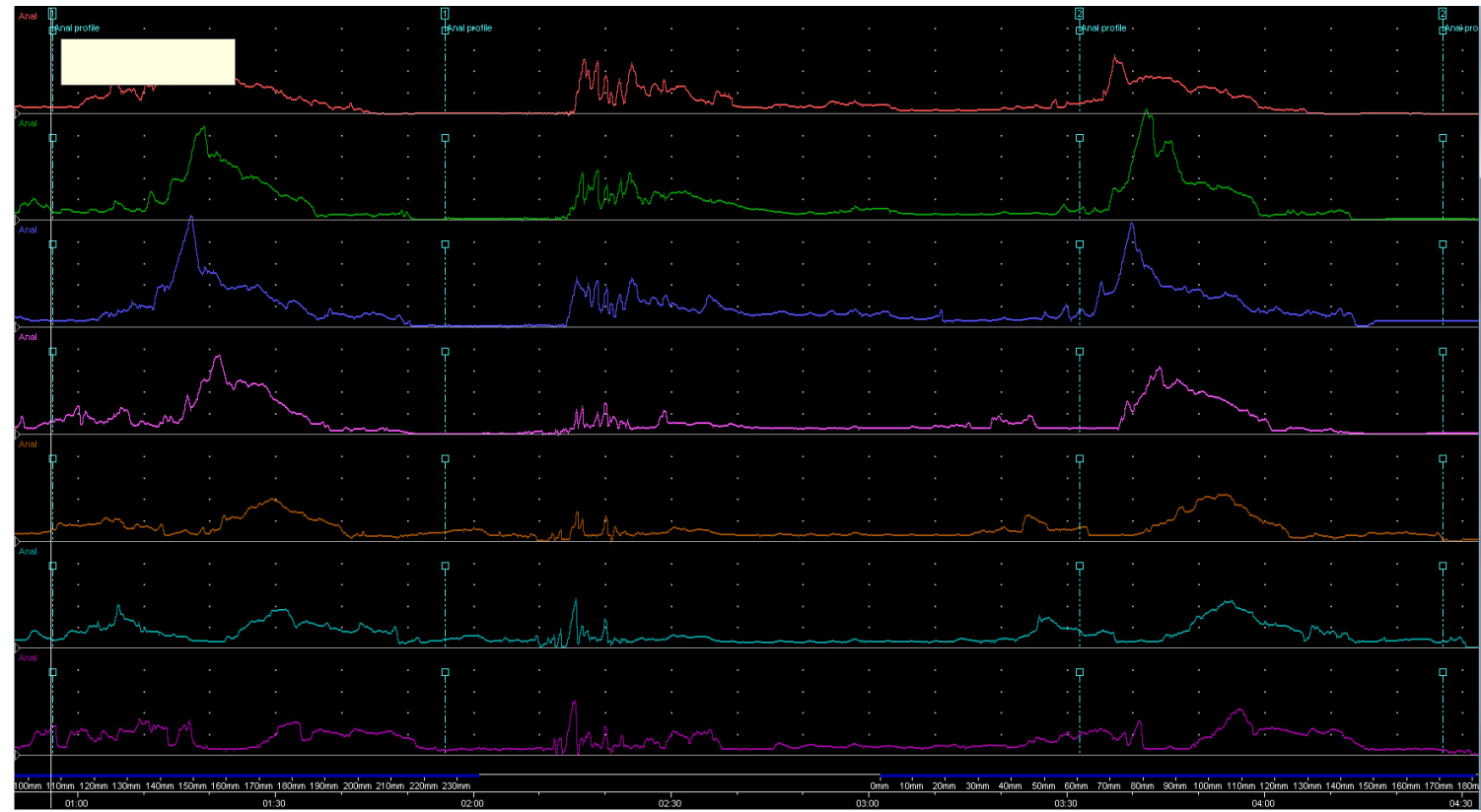
- Passive Inkontinenz seit 20 Jahren, Parks Grad III
- 2 Kinder (ca. 3.4 und 3.6 Kg bei Geburt), Trauma nicht rememberlich
- BMI 28, nie Raucherin
- Keine OP
- Keine Diarrhö

# Frau S., 72

## Normal



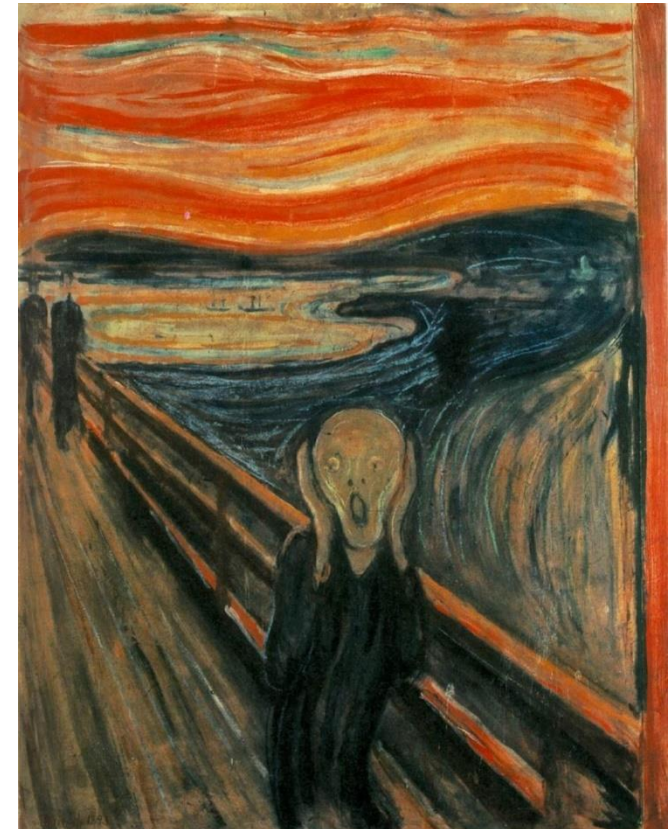
## Radial asymmetry





## Frau S., 72

- Patientin aufgeregt, wollte keinen weiteren Druck
- Nach Ende der Untersuchung Patientin allein mit meiner MPA
- Claudia fragt, ob sie noch was sagen will
- Beginnt zu weinen und erzählt ihre Anamnese....



## Frau S., 72

- Sphinkterdefekt bestätigt
- OP angeboten, von der Patientin abgelehnt.
- Konservative Massnahmen eingeleitet



## (Stuhl-)Inkontinenz

- Was bedeutet sie für mich und für Dich
- ... für die Patienten
- ... für die Gesellschaft
- **Wie kannst Du helfen?**
- Wie kann ich helfen?

## MPA: erste Kontaktstelle!

Falls Problem irgendwie auffällt:

- Supportiv, motivieren zu reden

Vor Konsultation

- **Stuhlregulation!**
- **Protokoll**
- ✓ Zeitgewinn
- ✓ Senkt Wahrscheinlichkeit, dass Pat. aufgibt
- ✓ Erste Massnahme gemäss Richtlinien



## Stuhlregulation: Flohsamenschalen (Psyllium)

- Flohsamenschalen = Psyllium
- (Präparat ist egal!)
- 1 EL in Fruchtsaft, Milch oder Wasser einrühren und sofort trinken
- Anschliessend 1 zusätzliches Glas Flüssigkeit nachtrinken
- Vor mit oder nach dem Essen (CAVE: Appetit)
- Beginn 1 EL pro Tag
- Falls gut verträglich (Blähungen) 1-1-0 oder 1-1-1



# Protokoll

## Bei jeder Episode:

- Auslöser: Drang?, passiv?, Husten/Niesen//Bewegung? Anderer?
- Wie war die Konsistenz des abgegangenen Stuhls
- Wie war die Stuhlkonsistenz generell
- Ernährung an diesem Tag
- Medikamente

# MPA: erste Kontaktstelle!

**Andere Ideen zu diesem 1. Kontakt?**

## (Stuhl-)Inkontinenz

- Was bedeutet sie für mich und für Dich
- ... für die Patienten
- ... für die Gesellschaft
- Wie kannst Du helfen?
- **Wie kann ich helfen?**



# Die Rolle des Gastroenterologen/Proktologen

## Diagnostik

- Anamnese
- Klinische Untersuchung inkl. DRU
- Diagnostische Tests: **HR-ARM, EUS**, MRI (Endoscopie)

## Therapie

- Konservativ
- Interventionell
- Chirurgisch

## Herr W. Anamnese

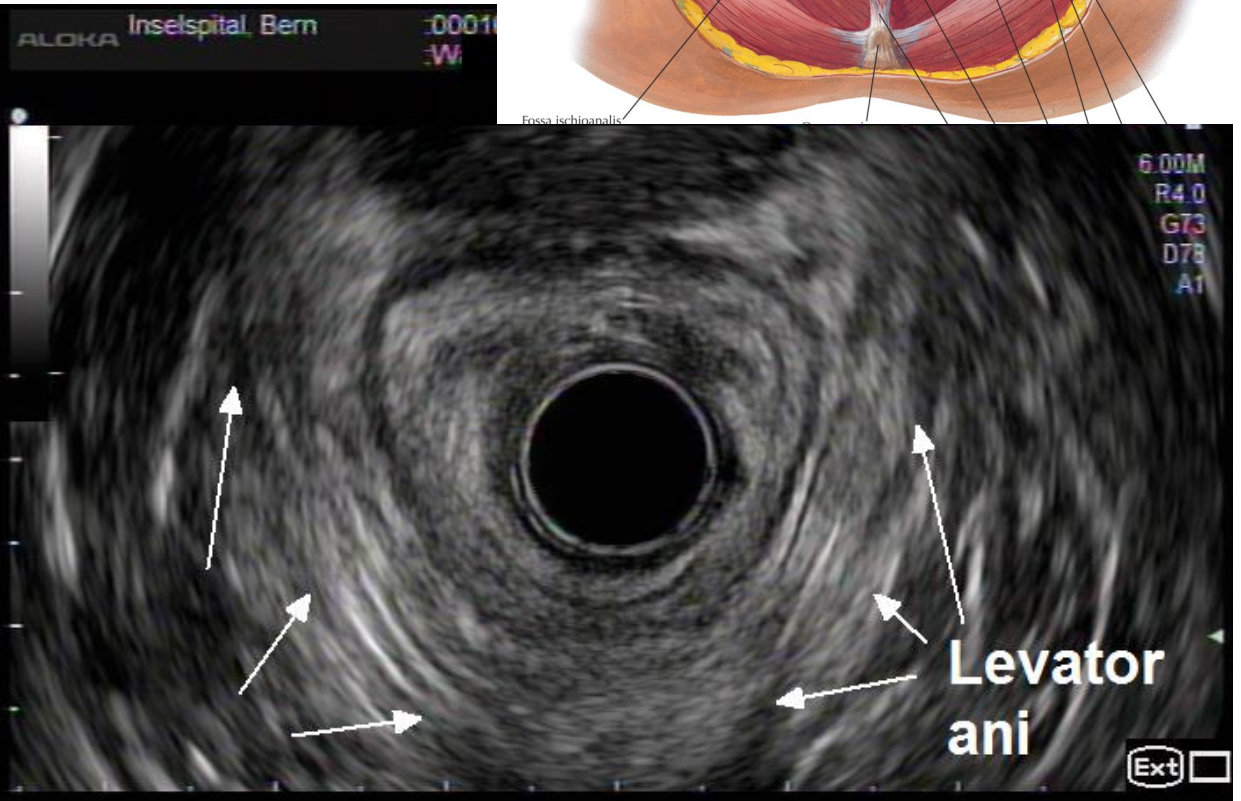
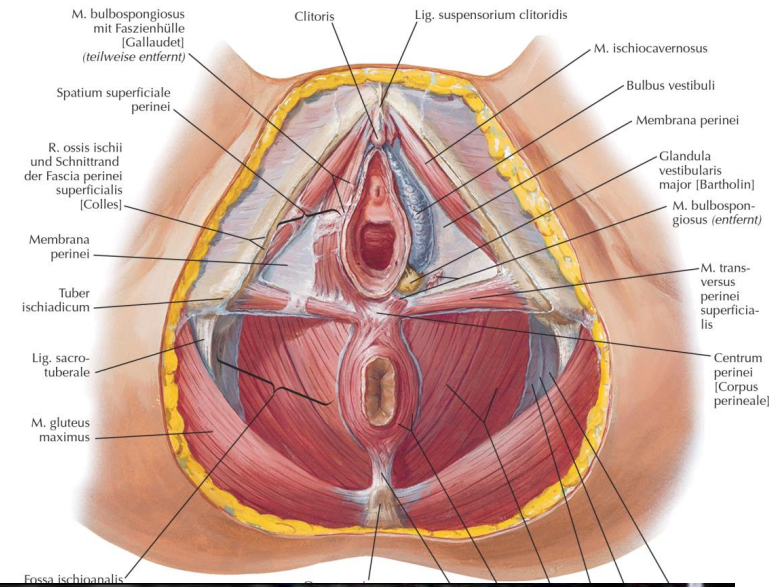
- **Inkontinenz immer mit einem Drang assoziiert, Patient sonst obstipiert.  
Keine passive Inkontinenz**

IAS? EAS? Puborectalis? Entleerung? Innervierung?

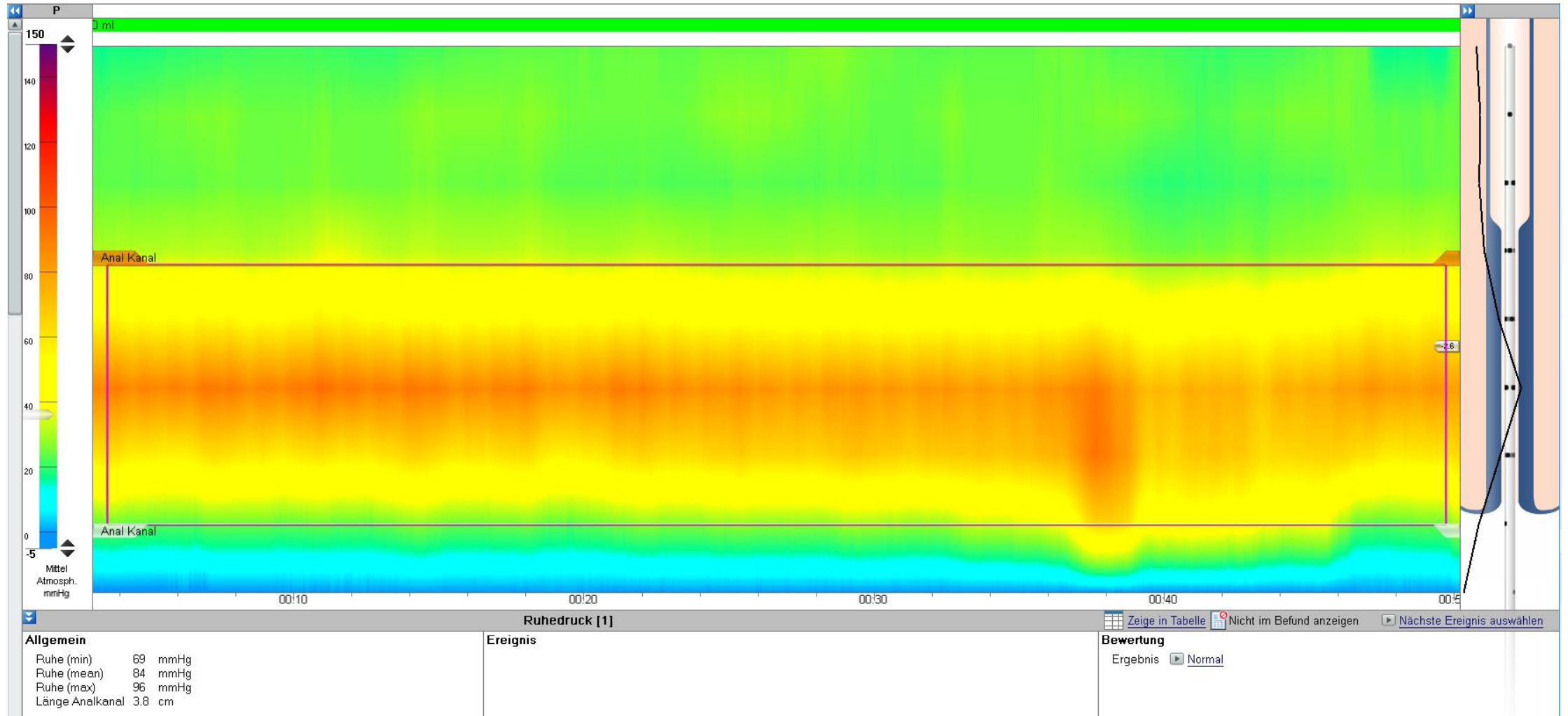
### **Was will ich wissen vom:**

- EUS: Struktur (dünn-atroph?), Integrität (Trauma, Defekt)
- HR-ARM: Funktion (Kraft, Koordination, Reflexe, Sensorik)
- Defäkographie: praktisch Kinetik beim Stuhlgang. Wird KM abgesetzt?

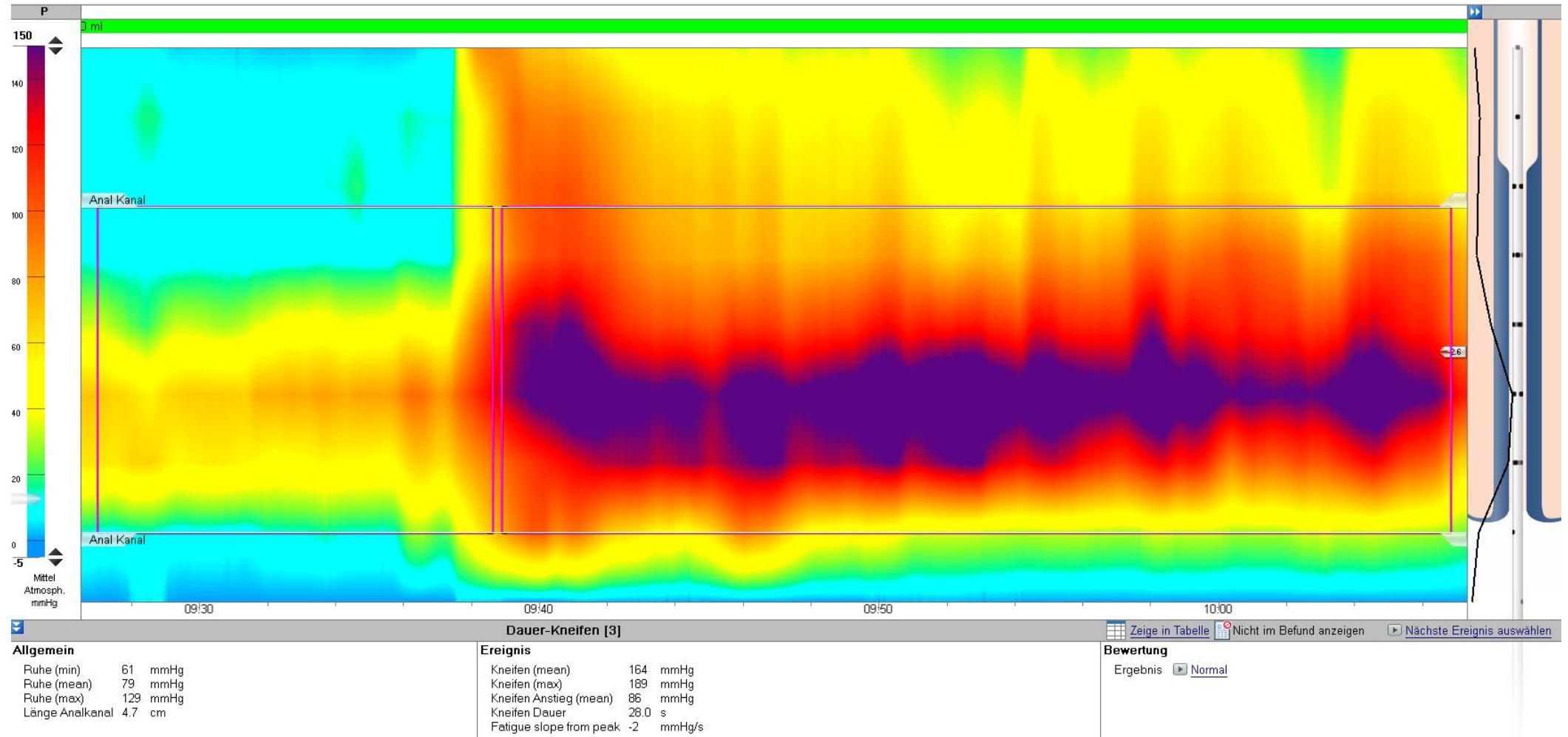
# Herr W.: EUS



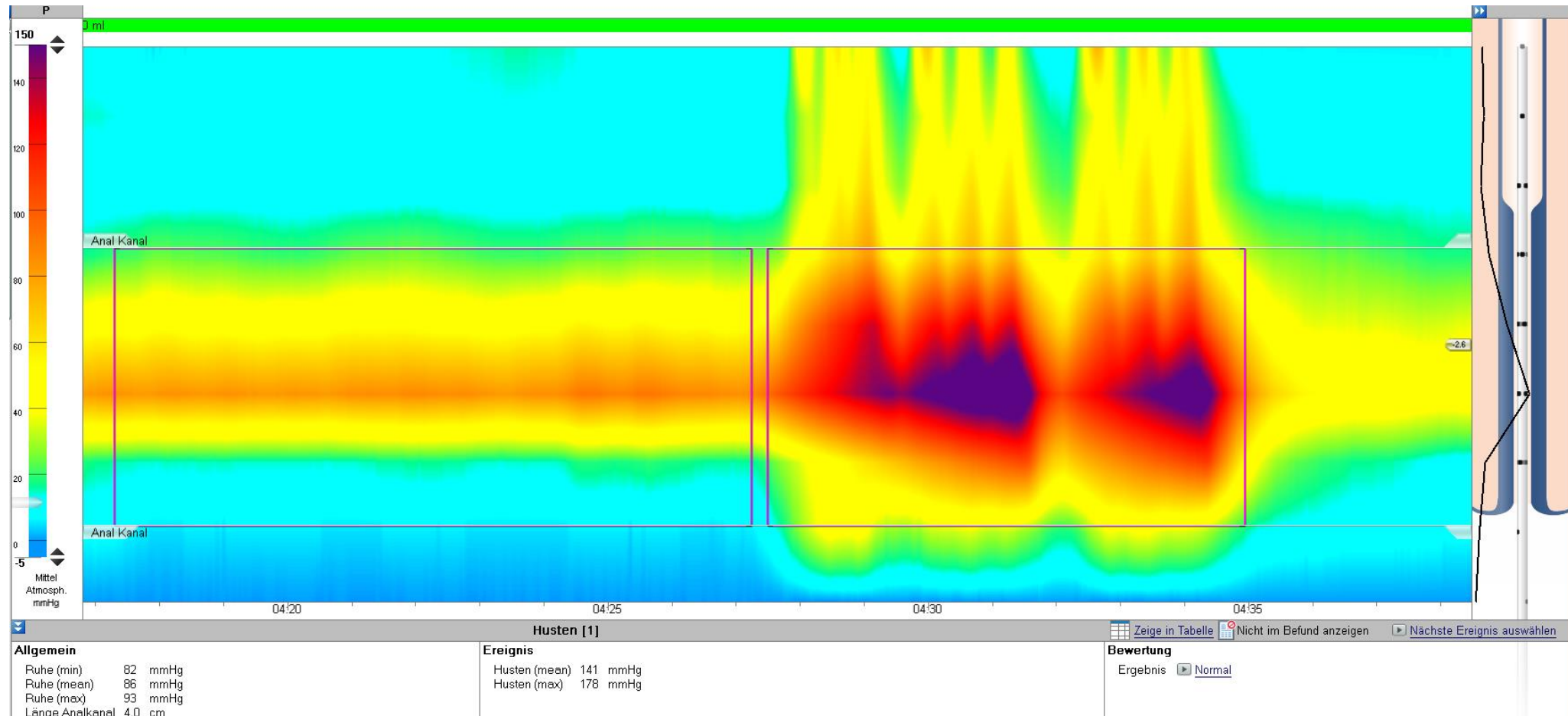
# HT-ARM: Ruhedruck



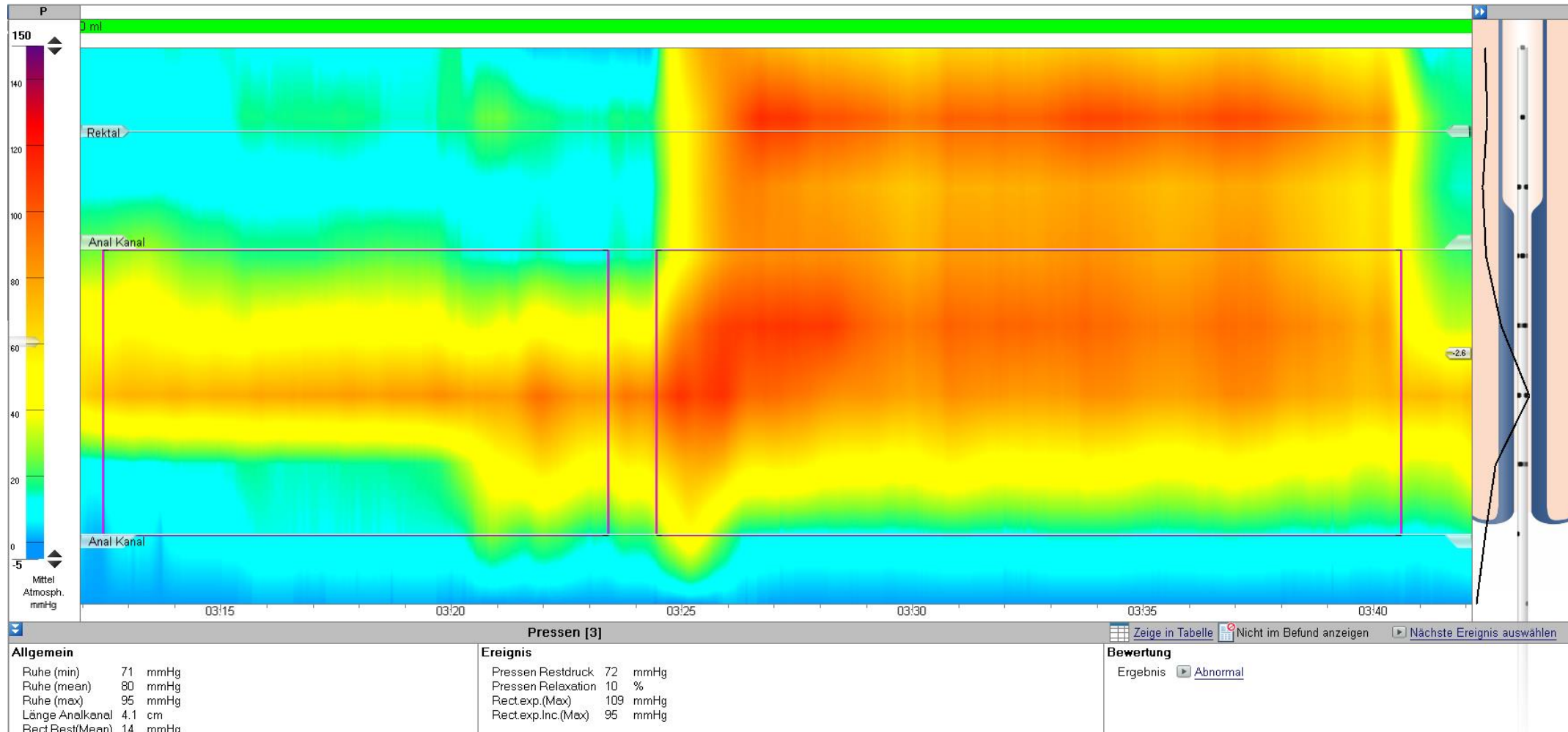
# HR-ARM: Kneifdruck



# HR-ARM: Husten



# HR-ARM: Pressen



# Die Rolle des Gastroenterologen/Proktologen

## Diagnostik

- Anamnese
- Klinische Untersuchung inkl. DRU
- Diagnostische Tests: **HR-ARM, EUS**, MRI (Endoskopie)

## Therapie

- Konservativ
- Interventionell
- Chirurgisch



## Therapie: Individuell!

### **Dranginkontinenz:**

#### Schwacher aber intakter externer Sphinkter

- Beckenbodenphysiotherapie

#### Verletzter externer Sphinkter oder Puborectalschlinge

- OP (sphincter repair)

### **Passive Inkontinenz**

#### Schwacher aber intakter interner Sphinkter

- Sakralnervenmodulation

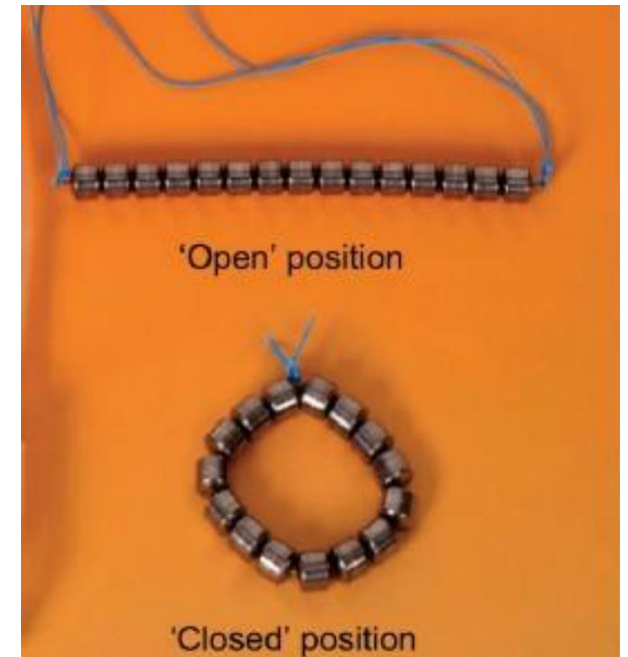
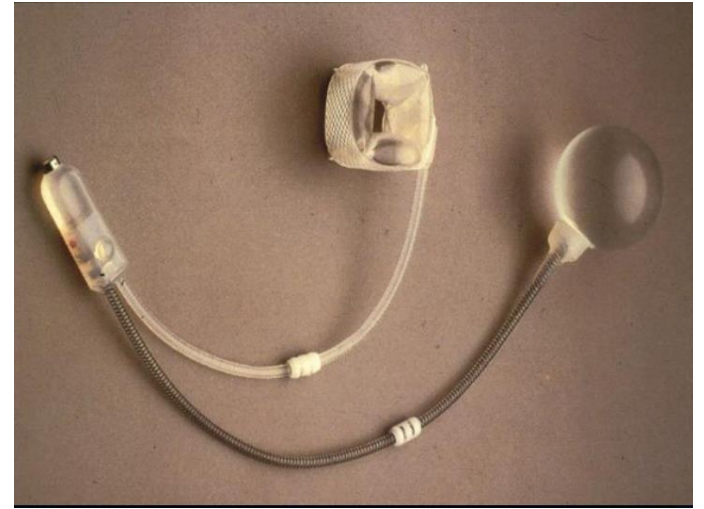
#### Verletzter interner Sphinkter

- OP



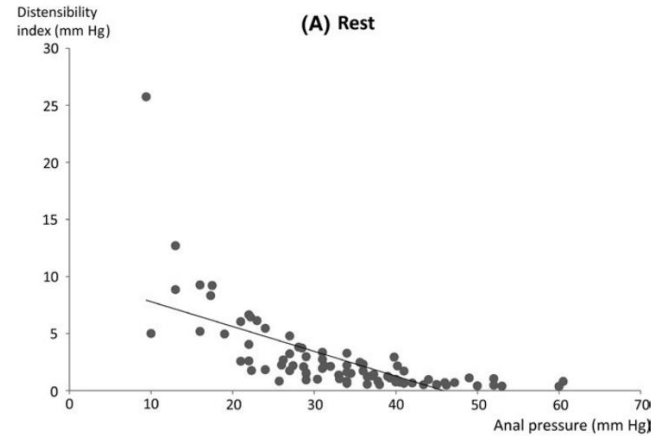
## Therapie: 2. Linie

- PTNS
- Füllstoffe (NASHA-Dx)
- Artifiziemer Sphinkter
- Stoma

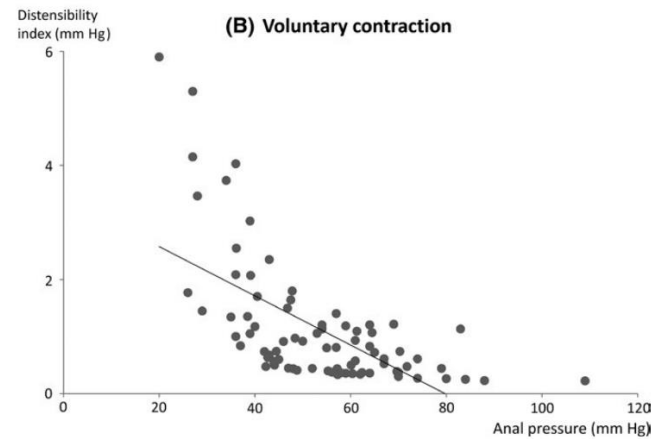
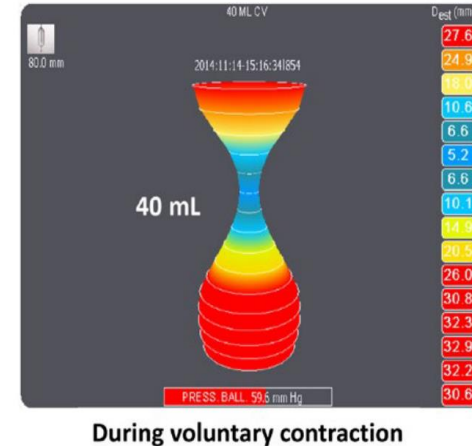
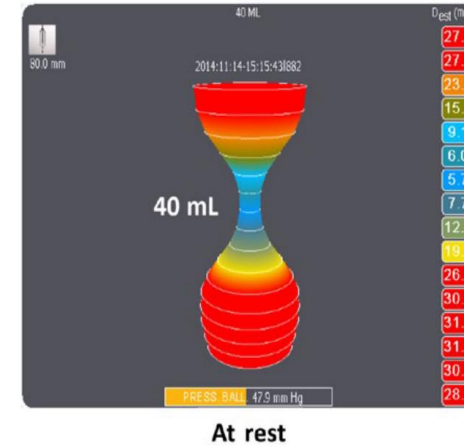


# Future perspectives: Endoflip

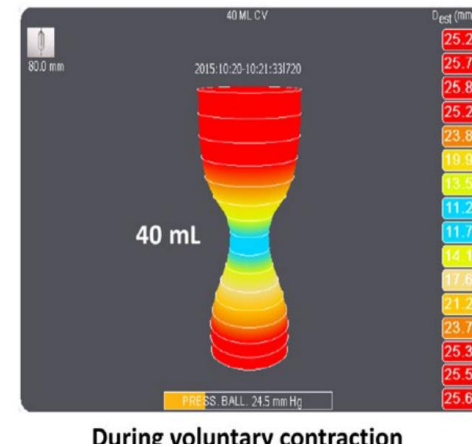
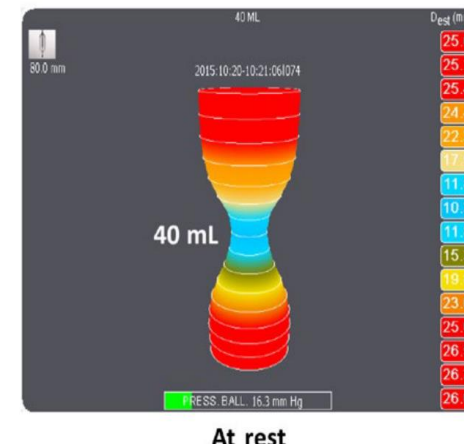
- 83 pat, HRAM + EndoFLIP
- >70% correlation with manometry



(A) Healthy subject



(B) Patient with faecal incontinence



Leroi AM et al: Neurogastroenterology & Motility. 2018;e13291.

## Autologous myoblast injection

- Obtained from muscle biopsies and cultured

### **Phase 2 RCT, 24 patients, Cleveland clinic score**

- Placebo: Baseline: 15, 6M: 10, 12M 14
- Exp: Baseline 15, 6M 9, 12M 6.5
- Response Exp vs Placebo 58% vs 8%

Boyer O et al: Ann Surg. 2018 Mar;267(3):443-450.

