



**Ambulante Pflege**  
**mit Freude helfen**

# „Stuhlinkontinenz“

**Eine**  
**Beratungsbroschüre**  
**von Ihrem Pflegedienst**

Erstellt von Tobias Otto am 24.08.2012 | Rev. 1 am 14.01.2020 vom Patrick Womelsdorf



## Informationen zur Stuhlinkontinenz im häuslichem Bereich:

In dieser Broschüre der ambulanten Pflege ist enthalten:

### Warum Sie diese Broschüre erhalten haben?

<b>1. Einleitung</b>	2
<b>2. Definition</b>	2
<b>3. Formen der Stuhlinkontinenz</b>	2
<b>4. Inkontinenzversorgung</b>	5
<b>5. Kriterien für die Auswahl der Inkontinenzhilfsmittel:</b>	5
<b>6. Anforderungen an die Inkontinenzversorgung:</b>	6
<b>7. Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel:</b>	6
<b>8. Sonstige Inkontinenzhilfsmittel:</b>	6
<b>9. Schlussworte:</b>	6

## **Warum Sie diese Broschüre erhalten haben?**

Wir verstehen uns als Ihr Partner in Sachen Pflege. Mit dieser Broschüre möchten wir Sie auf ein Thema aufmerksam machen und Sie mit Informationen dazu versorgen, da wir der Meinung sind, dass Ihnen das helfen wird. Unsere Beratungsbroschüren sind für Angehörige und den zu Pflegenden gleichermaßen geschrieben.

### **1. Einleitung**

Die Inkontinenz gehört zu den unangenehmsten Begleiterscheinungen im Alter. Daher kommt häufig die Frage auf: „Was kann ich tun bei Inkontinenz?“. Viele Menschen schämen sich jedoch über das Thema zu sprechen und ziehen sich zurück. Sie meiden es „unter Leute“ zu gehen, aus Furcht jemand könnte etwas bemerken oder riechen oder es sei die Toilette nicht schnell genug erreichbar.

Um gezielte Antworten auf Fragen zum Thema Inkontinenz, ist es wichtig die verschiedenen Formen der Inkontinenz zu kennen. Es gibt mittlerweile zahlreiche Hilfsmittel gegen Inkontinenz, die nicht bei der Kleidung „dick auftragen“ und auch den Geruch sicher einschließen.

### **2. Definition**

Stuhlinkontinenz ist die Unfähigkeit, seinen Stuhlabgang oder Winde willkürlich zurückzuhalten. Sie betrifft Menschen aller Altersgruppen, kommt aber häufiger bei älteren Menschen vor. Die mit der Symptomatik verbundenen psychischen Belastungen sind enorm; für die Stuhlinkontinenz verantwortliche Organ ist das Kontinenzorgan.

### **3. Formen der Stuhlinkontinenz**

Man unterscheidet verschiedene Formen der Stuhlinkontinenz. In vielen Fällen kommen mehrere der Faktoren zusammen und bilden das

Krankheitsbild der Stuhlinkontinenz. Die Inkontinenz kann sowohl angeboren, als auch erworben werden.

**Stuhlinkontinenz durch rektale Koprostase** oder durch Obstipation wird ausgelöst durch die lange Verweildauer des Stuhles im Dickdarm und vor allem in der Rektumampulle. Durch die hohe absorptive Kapazität der Dickdarmschleimhaut wird dem Stuhl so viel Flüssigkeit entzogen, dass sich in einzelnen Segmenten der Stuhl soweit eindickt und daraus dann Kotsteine entstehen können. Die dadurch entstandene mechanische Passagebehinderung führt dann zur Entwicklung einer Stuhlimpaktion, einer klinisch relevanten und behandlungsbedürftigen Erkrankung. Die Hauptlokalisation der Stuhlimpaktion ist das Rektum. Stuhlimpaktionen sind jedoch im gesamten Dickdarm möglich. Das Vollbild einer Koprostase ist dann gegeben, wenn durch die Ansammlung der Stuhlmassen der Passageweg weitestgehend verlegt ist und die spontane Entleerung nicht mehr möglich ist.

Oberhalb der relevanten Dickdarmstenosen kommt es zu einer Aktivierung sekretorischer Prozesse mit dem Versuch des Körpers, das Passagehindernis durch Verflüssigung der Stuhlmassen funktionell zu umgehen. Der auf dem Boden dieses Mechanismus flüssige Stuhl passiert das mechanische Hindernis und wird fälschlicherweise als Durchfall eingestuft. Eine Situation, die für den Patienten nachteilig bei der Anamnese sein kann.

**Inkontinenz durch Störung der rektalen Speicherfunktion.** Zur Störung der Speicherfunktion der Rektumampulle kann es auch nach Operationen kommen. Zwar wurden in der Rektumkarzinom-Chirurgie mehr und mehr schließmuskelerhaltende Operationen eingeführt, die nach der Entfernung des Tumors einen Wiederanschluss des Darmes bis zur inneren Schließmuskelöffnung ermöglichen, eine Vernarbung in der Umgebung sowie das Fehlen der speziellen Erweiterung der Rektumampulle führen dann aber zum häufigen Stuhlgang und zur Inkontinenz. Auch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), die über Jahre zu einer Veränderung der Rektumwand führen, können Ursache für einen Verlust der Speicherfunktion sein.

Eine **sensorische Stuhlinkontinenz** liegt vor, wenn die sensible Wahrnehmung der Schleimhaut des Analkanals gestört ist. Dieses kann beispielsweise der Fall sein bei neurologischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Bewusstlosigkeit oder Schlaganfall, aber auch, wenn die Schleimhaut des Analkanals wie zum Beispiel bei einem Anal- oder Rektumprolaps nach außen gestülpt ist und damit an Wahrnehmungssensibilität einbüßt. Ist bei einer Analtresie der Analkanal nicht angelegt oder kam es durch Korrekturoperationen im Durchzugsverfahren zum teilweisen oder vollständigen Verlust der Analschleimhaut, fehlt hier ebenfalls die sensible Wahrnehmung, so dass sich wiederum das klinische Bild einer sensorischen Stuhlinkontinenz ergibt.

Bei der **muskulären Stuhlinkontinenz** ist der Analsphinkter geschädigt, die sensible Wahrnehmung durch die Analkanal-Schleimhaut ist dabei intakt. Häufigste Ursache für eine Schädigung des Schließmuskelapparates ist die vaginale Entbindung mit Dammriss. Insbesondere bei Kindern sind auch Pfählungsverletzungen (Übersteigen von spitzen Zäunen) häufig. Weiterhin können sich komplexe Schädigungen durch eine unzureichende Funktionsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur bei der sogenannten Beckenbodeninsuffizienz ergeben. Häufig zeigt sich hier die Kombination mit einem Rektumprolaps, vor allem bei älteren Frauen. Aber auch Fisteln und Fisteloperationen, speziell bei den hochreichenden ischiorektalen Fisteln, können eine teilweise oder vollständige Zerstörung des Ringmuskels (Sphincter ani internus) zur Folge haben. Eine narbige Ausheilung des Defektes führt zwar nicht zum vollständigen Verlust der Sphinkterkraft, jedoch ist durch die Erweiterung des Ringmuskels die Kraft herabgesetzt. Im höheren Lebensalter kann sich dann bei Nachlassen der Gewebeelastizität eine Stuhlinkontinenz ausbilden.

Die Kombination von sensorischer und muskulärer Stuhlinkontinenz lässt sich am besten am Beispiel des Rektumprolapses darstellen. Gleitet die Rektumwand durch den muskulären Sphinkter durch, führt das zum Verlust der Wahrnehmungssensibilität und zur dauerhaften

Überdehnung des Schließmuskels durch den prolabierte Darmanteil, so dass seine Funktion allmählich schwächer wird.

Bei der **neurogenen Stuhlinkontinenz** ist die Ursache der Funktionsstörung zumeist Zerebral: Schlaganfall, Metastasen/Tumor, Demenz oder aber degenerative Erkrankungen, Spinal: Multiple Sklerose, Metastasen/Tumor, degenerative Erkrankungen, Cauda-equina-Syndrom (Quetschung des pferdeschweifähnlichen Nervenfaserbündels am Ende des Rückenmarks), periphere Neuropathie (Nervenschädigung), Rückenmarkschwindsucht, Spina bifida (Spaltbildung an der unteren Wirbelsäule).

#### **4. Inkontinenzversorgung**

Es gibt heutzutage eine Menge an Inkontinenzhilfsmitteln, welche die Unannehmlichkeiten des täglichen Lebens etwas mindern. So stehen z. B. Windeln, Analtampons und die Irrigation zur Verfügung, um den Betroffenen einen Teil der Lebensqualität zurückzugeben, und ihnen ermöglichen, ein fast normales Leben zu führen. Bereits während der Diagnostik und Behandlung sollten die betroffenen Personen mit entsprechenden Inkontinenzhilfsmitteln versorgt werden, dabei kommt der Auswahl des geeigneten Inkontinenzhilfsmittels eine besondere Bedeutung zu. Besonders wichtig ist die Versorgung mit passenden Hilfsmitteln bei Patienten, die keine Aussicht auf Besserung oder Heilung ihrer Inkontinenz haben.

#### **5. Kriterien für die Auswahl der Inkontinenzhilfsmittel:**

- Wie viel Sicherheit soll gegeben werden?
- Welche Inkontinenzart (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz) liegt vor?
- Welche Menge und welche Beschaffenheit hat die Ausscheidung?
- Wann tritt die Inkontinenz auf (z. B. nur in der Nacht)?
- Wie ist die Mobilität des Betroffenen?
- Ist der Betroffene aufgrund seiner geistigen und körperlichen Verfassung in der Lage, die Inkontinenzversorgung selbst vorzunehmen?

- Wie ist die Hautbeschaffenheit des Betroffenen?

## **6. Anforderungen an die Inkontinenzversorgung:**

- Möglichst dicht gegen Ausscheidungen und Gerüche
- Geräuscharmes und optisch unauffälliges Hilfsmittel
- Hautfreundliches Material
- Ausscheidungen sicher aufnehmen
- Möglichst die Selbstständigkeit des Betroffenen erhalten (einfache Handhabung)

## **7. Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel:**

- Vorlagen
- Einlagen
- Pants, Pullons, Trainers
- Windeln

## **8. Sonstige Inkontinenzhilfsmittel:**

- Fäkalkollektor (Klebebeutel) für immobile Patienten
- Analtampons
- Das Stuhl drainagesystem

## **9. Schlussworte:**

Inkontinenz ist sicherlich unangenehm. Verschweigen oder Zurückziehen ist allerdings auch keine Lösung und führt zu Folgeproblemen, wie Hautreizungen, Infektionen, sozialer Isolation oder gar Depression.

Oft kann eine Behandlung rasche Abhilfe schaffen. Hilfsmittel, Übungen oder leichte Änderungen des Tagesablaufs können helfen mit der Inkontinenz gut zu leben und trotzdem aktiv an der Gesellschaft teilzunehmen.



## **Persönliche Beratung? Weitere Informationen und Hilfen?**

**Ihr Pflegedienst Engedi hat zwei zugelassene Pflegeberater, die Sie kostenlos bei Ihnen zu Hause oder in Pflegekursen mit Informationen versorgen, beraten und schulen.**

**Rufen Sie gerne an und vereinbaren Sie einen Termin:**

**Telefon: 02754-378200**