Defäkationsstörungen – ein unterschätztes Problem?

Hans-Peter Bruch^a Stefan Müller-Lissner^b

^aKlinik für Chirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck,

^bAbteilung Innere Medizin, Park-Klinik Weissensee, Berlin, Deutschland

Defäkationsstörungen sind in unserer Gesellschaft noch immer ein Tabuthema, belastet von Scham und althergebrachten Moralvorstellungen, derer wir uns in der Regel kaum bewusst sind. Dabei darf man mit einiger Sicherheit annehmen, dass in Deutschland mehrere Millionen Menschen – vornehmlich weiblichen Geschlechts – von dieser Problematik betroffen sind.

Nur wenige suchen ärztlichen Rat. Will dieser Rat aber kompetent sein, muss der Arzt eine Vielzahl von möglichen Diagnosen bedenken.

Die Defäkationsstörungen können von funktioneller Art sein. Im einfachsten Falle liegen fassbare makromorphologische Veränderungen vor, die den Weg zu einer entsprechenden kausalen chirurgischen Maßnahme weisen.

Viel schwieriger wird die ärztliche Entscheidung, wenn mikromorphologische Pathologien verantwortlich sind, wenn metabolische Veränderungen hinzutreten oder wenn Operationsfolgen Durchblutungsstörungen, Medikamentenmissbrauch und einseitige Ernährung eine Rolle spielen – um nur einige Gründe zu nennen.

Defäkationsstörungen bestehen nicht selten über viele Jahre, bevor diagnostische und therapeutische Überlegungen beginnen. In der Regel entwickeln sich dann kontinuierlich kombinierte Befunde, die es zu behandeln gilt.

Als Beispiel sei hier die chronische Obstipation genannt. Im Laufe der Jahre entwickeln sich durch chronisches Pressen vordere und hintere Rektozelen und eine Intussuszeption. Die Folgen sind eine Sphinkterinsuffizienz und eine relative Inkontinenz. Auch der geburts-traumatisch bedingte primär geringe Descensus perinei wird durch die Bauchpresse während der Defäkation zunehmend verstärkt. Nach Hysterektomie entwickelt sich ein Cul-de-sac-Phänomen und eine Enterozele.

Längst wurde erkannt, dass Defäkationsstörungen nicht von einer Fachdisziplin allein behandelt werden können. Im inter-

disziplinären Kontext müssen die verschiedenen Fachleute aus Gastroenterologie, Chirurgie, aber auch Urologie, Gynäkologie und Neurologie zusammenwirken. Das vorliegende Themenheft unternimmt den Versuch, das komplexe Problem darzustellen sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten aufzuzeigen.

Nach Einführung in die Anatomie [1], Klassifikation [2] und Diagnostik [3] der Defäkationsstörungen werden im Folgenden verschiedene Therapieoptionen dargestellt. Eine konservative Therapie mit stimulierenden Laxantien und Biofeedback-Therapie scheint bei der Mehrzahl der Patienten mit Beckenbodendyssynergie erfolgreich [4]. Liegen Beckenbodenfunktionsstörungen wie Rektumprolaps oder «outlet obstruction» vor, werden wegen vieler in Studien bewiesener Vorteile zunehmend laparoskopische Verfahren wie die laparoskopische Resektionsrektopexie angewandt [5]. Die ventrale Rektozele und die rektoanale Intussuszeption werden mit der STARR-Operation sicher therapiert. Die definitive Bedeutung dieses Verfahrens kann jedoch noch nicht beurteilt werden, da Langzeitergebnisse ausstehen [6]. Auch der Operationszugang bei morphologisch-organischen Defäkationsstörungen wird noch diskutiert. Neben transabdominellen werden derzeit lokale Verfahren (transanal, transperineal, transvaginal) eingesetzt [7]. Liegt der Inkontinenz ein dynamisches Defizit der Beckenboden- und Sphinktermuskulatur zugrunde, ohne dass ein struktureller Defekt erkennbar wäre, bietet sich die minimal invasive sakrale Nervenstimulation als Therapieversuch an [8]. Der genaue Wirkmechanismus ist noch nicht abschließend geklärt. Dennoch wissen wir, dass die elektrische Stimulation einen positiven Effekt auf die Beckenbodenmuskulatur, den Sphinkterapparat und das distale Rektum ausübt. Allerdings harrt auch dieses Verfahren noch der endgültigen Evaluation im Langzeitverlauf. Dies gilt sowohl für die Indikation als auch für die Kosten.

Literatur

- 1 Wedel T: Funktionelle Anatomie – Voraussetzung zum Verständnis von Defäkationsstörungen. Chir Gastroenterol 2007;23(3): DOI [10.1159/000105168](#).
- 2 Kreis ME: Klassifikation von Defäkationsstörungen. Chir Gastroenterol 2007;23(3): DOI [10.1159/000100343](#).
- 3 Buchmann P: Diagnostik der Entleerungsstörung. Chir Gastroenterol 2007;23(3): DOI [10.1159/000100344](#).
- 4 Müller-Lissner S: Konservative Therapie bei Defäkationsstörungen. Chir Gastroenterol 2007;23(3): DOI [10.1159/000105461](#).
- 5 Keller R, Fischer F, Kleemann M, Roblick UJ, Mirow L, Bruch H-P: Laparoskopische Resektionsrektopexie – Indikation, Technik, Langzeitergebnisse. Chir Gastroenterol 2007;23(3): DOI [10.1159/000102977](#).
- 6 Schwandner O: Die STARR-Operation: Indikation, Technik und Ergebnisse. Chir Gastroenterol 2007;23(3): DOI [10.1159/0001044857](#).
- 7 Joos AK, Palma P, Post S: Defäkationsstörungen – wann sind transperineale, transanale oder transvaginale Operationen indiziert? Chir Gastroenterol 2007;23(3): DOI [10.1159/000106757](#).
- 8 Bader FG, Franke C, Keller R, Mirow L, Fischer F, Bruch H-P, Roblick UJ: Sakralnervenstimulation zur Behandlung der fäkalen Inkontinenz. Chir Gastroenterol 2007;23(3): DOI [10.1159/000103987](#).