

## Hintergrund Darminkontinenz

### Übersicht

Unter Darm- oder Stuhlinkontinenz versteht man unkontrollierbare Episoden des unfreiwilligen Verlusts von festem oder flüssigem Stuhl zu einem gesellschaftlich nicht akzeptablen Zeitpunkt.<sup>1,2</sup>

Schätzungen zufolge sind mehr als eine Million Frauen und Männer in Deutschland von Darminkontinenz betroffen. Man schätzt die Prävalenz der Stuhlinkontinenz auf ca. 5 % bei Erwachsenen und bis zu 16 % bei den über 70-Jährigen.<sup>36,37</sup> Die Dunkelziffer ist aufgrund der gesellschaftlichen Tabuisierung der Erkrankung sehr hoch.

Darminkontinenz ist keine lebensbedrohliche Erkrankung. Der negative Einfluss der Krankheitssymptome auf die psychosoziale Situation und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sind jedoch gut dokumentiert.<sup>4,10</sup> Darüber hinaus vermeiden die Betroffenen aufgrund des Schamempfindens und des sozialen Stigmas das Thema anzusprechen.<sup>11</sup> Dies führt zu einer Unterversorgung des Krankheitsbildes. Schließlich stellt die Darminkontinenz eine erhebliche wirtschaftliche Belastung für die Patienten und ihre berufliche Situation als auch für die Gesellschaft und die Gesundheitssysteme dar.<sup>12-19</sup>

Das Therapieziel ist die Wiederherstellung der Kontinenz und die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.<sup>20</sup> Darminkontinenz wird zunächst konservativ behandelt. Wenn dies zu keiner Verbesserung führt, kann ein operativer Eingriff eine Option sein.<sup>2,21,22</sup>

Die Sakrale Neuromodulation (SNM) mit dem Medtronic InterStim™ System kann eine Behandlungslösung für Patienten mit Darminkontinenz, bei denen die konservative Behandlung versagt hat. Sie bietet eine dauerhafte und reversible Behandlungsoption mit einem bekannten Nutzen- und Sicherheitsprofil.<sup>23-26</sup>

Das Verfahren bietet eine diagnostische Vorab-Testung, um den späteren Therapieerfolg für den individuellen Patienten zu bestimmen und ist eine minimal-invasive Alternative zu invasiveren und irreversiblen Operationen.<sup>27,28</sup> Im Gegensatz zu anderen Behandlungsoptionen für refraktäre Darminkontinenz hilft die SNM bei der Wiederherstellung einer normalen Darmfunktion<sup>29</sup> und bietet eine kontinuierliche Symptomkontrolle.

Die Sakrale Neuromodulation wird von mehreren medizinischen Fachgesellschaften weltweit für die Behandlung erwachsener Patienten mit Darminkontinenz empfohlen, die therapieresistent gegenüber einer konservativen Behandlung sind und keine größeren Sphinkterdefekte aufweisen, oder als eine der Optionen für Patienten mit größeren Sphinkterdefekten.<sup>2,21,22</sup>

### Psychosoziale Belastungen für den Patienten

Sich anzupassen, ist für Menschen mit Darminkontinenz eine bekannte Reaktion. Dazu zählt der ständige Aufenthalt in der Nähe von Toiletten, um „Unfälle“ zu vermeiden und der eigene Umgang mit Depressionen und Scham.<sup>31</sup>

In allen Aspekten des Lebens ist die Lebensqualität von Patienten mit Darminkontinenz signifikant schlechter als die von Patienten ohne diese Erkrankung.<sup>31</sup>

Die soziale Stigmatisierung und die Scham, die diese Patienten erfahren, macht Darminkontinenz zu einem verborgenen Leiden. Nur ein geringer Teil der Patienten (8-27%) sucht eine Behandlung.<sup>11</sup> Diejenigen, die eine Behandlung suchen, konsultieren in der Regel Allgemeinmediziner oder Hausärzte.<sup>11</sup>

## Management der Behandlung

Glücklicherweise gibt es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten für Menschen, die an Darminkontinenz leiden. Die Patienten sollten mit ihrem Arzt über die für sie richtige Behandlung sprechen.

Das Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung der Kontinenz und die Verbesserung der Lebensqualität.<sup>20</sup>

Den Patienten werden zunächst konservative Therapiemaßnahmen angeboten.<sup>2,21</sup>

Dazu gehören:

Bereitstellung von absorbierenden Produkten; Ernährungs- und Lebensstiländerungen zur Wiederherstellung der Darmkontrolle; Antidiarrhoika (z.B. Loperamid); und Training der Darmgewohnheiten.<sup>2,21</sup>

Wenn diese Maßnahmen nicht erfolgreich sind, gehen die Patienten zu spezialisierteren Maßnahmen über (z.B. Biofeedback, Beckenbodenmuskeltraining) und in einigen Fällen zu operativen Optionen, deren Auswahl von der Ursache der Darminkontinenz abhängt und Maßnahmen wie künstliche Analsphinkter, Sphinkterreparatur, Kolostomie und Stomabildung umfassen können.<sup>2,21,22,33</sup>

Die Sakrale Neuromodulation (SNM) füllt die Behandlungslücke für Patienten nach Versagen der konservativen Therapie, die eine komplizierte, irreversible und mit erheblicher Morbidität verbundene Operation vermeiden wollen.<sup>33-35</sup>

## Literatur:

1. Deutekom, M. et al. Clinical Presentation of Fecal Incontinence and Anorectal Function: What Is the Relationship? *Am. J. Gastroenterol.* 102, 351-361 (2007)
2. Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A. & Wein, A. Incontinence 6th Edition. (ICI-ICS. International Continence Society, 2017)
3. Berger, M. B., Delancey, J. O. & Fenner, D. E. Racial differences in fecal incontinence in community-dwelling women from the EPI study. *Female Pelvic Med. Reconstr. Surg.* 19, 169-174 (2013)
4. Damon, H. et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 30, 37-43 (2006)
5. Whitehead, W. E. et al. Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology* 137, 512-517.e2 (2009)
6. Nygaard, I. et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 300, 1311-1316 (2008)
7. Buckley, B. S. & Lapitan, M. C. M. Prevalence of urinary and faecal incontinence and nocturnal enuresis and attitudes to treatment and help-seeking amongst a community-based representative sample of adults in the United Kingdom. *Int. J. Clin. Pract.* 63, 568-573 (2009)
8. Walter, S., Hallböök, O., Gotthard, R., Bergmark, M. & Sjö Dahl, R. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: prevalence of faecal incontinence and constipation. *Scand. J. Gastroenterol.* 37, 911-6 (2002)
9. Bharucha, A. E. Fecal incontinence. *Gastroenterology* 124, 1672-85 (2003)
10. Mundet, L., Ribas, Y., Arco, S. & Clavé, P. Quality of life differences in female and male patients with fecal incontinence. *J. Neurogastroenterol. Motil.* 22, 94-101 (2015)
11. Brown, H. W., Wexner, S. D., Segall, M. M., Brezoczky, K. L. & Lukacz, E. S. Quality of life impact in women with accidental bowel leakage. *Int. J. Clin. Pract.* 66, 1109-1116 (2012)
12. Tsuji, I., Whalen, S. & Finucane, T. E. Predictors of nursing home placement in community-based long-term care. *J. Am. Geriatr. Soc.* 43, 761-6 (1995)
13. Kamm, M. A. Faecal incontinence. *BMJ* 316, 528-32 (1998)
14. Friedman, S. M., Steinwachs, D. M., Rathouz, P. J., Burton, L. C. & Mukamel, D. B. Characteristics predicting nursing home admission in the program of all-inclusive care for elderly people. *Gerontologist* 45, 157-66 (2005)
15. Finne-Soveri, H., Sorbye, L. W., Jonsson, P. V., Carpenter, G. I. & Bernabei, R. Increased work-load associated with faecal incontinence among home care patients in 11 European countries. *Eur. J. Public Health* 18, 323-328 (2008)
16. Xu, X., Menees, S. B., Zochowski, M. K. & Fenner, D. E. Economic Cost of Fecal Incontinence. *Dis. Colon Rectum* 55, 586-598 (2012)

17. Deutekom, M. et al. Costs of outpatients with fecal incontinence. *Scand. J. Gastroenterol.* 40, 552-558 (2005)
18. Mellgren, A. et al. Long-term cost of fecal incontinence secondary to obstetric injuries. *Dis. Colon Rectum* 42, 857-65; discussion 865-7 (1999)
19. Dunivan, G. C. et al. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 202, 493. e1-6 (2010)
20. Rao, S. S. C. & American College of Gastroenterology Practice Parameters Committee. Diagnosis and management of fecal incontinence. *Am. J. Gastroenterol.* 99, 1585-1604 (2004)
21. NICE. Faecal incontinence in adults: management | Guidance and guidelines | NICE <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49>. (2007)
22. Paquette, I. M., Varma, M. G., Kaiser, A. M., Steele, S. R. & Rafferty, J. F. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence. *Dis. Colon Rectum* 58, 623-636 (2015)
23. Thin, N. N. et al. Randomized clinical trial of sacral versus percutaneous tibial nerve stimulation in patients with faecal incontinence. *Br. J. Surg.* 102, 349-358 (2015)
24. Tjandra, J. J., Chan, M. K. Y., Yeh, C. H. & Murray-Green, C. Sacral nerve stimulation is more effective than optimal medical therapy for severe fecal incontinence: a randomized, controlled study. *Dis. Colon Rectum* 51, 494-502 (2008)
25. Hull, T. et al. Long-term durability of sacral nerve stimulation therapy for chronic fecal incontinence. *Dis. Colon Rectum* 56, 234-245 (2013).
26. Feretis, M. Medium-term results with sacral nerve stimulation for management of faecal incontinence, a single centre experience. *J. Interv. Gastroenterol.* 3, 82 (2013)
27. Wong, W. D. et al. The safety and efficacy of the artificial bowel sphincter for fecal incontinence: results from a multicenter cohort study. *Dis. Colon Rectum* 45, 1139-53 (2002)
28. Chatoor, D. R., Taylor, S. J., Cohen, C. R. G. & Emmanuel, A. V. Faecal incontinence. *Br. J. Surg.* 94, 134-144 (2007)
29. Sacral nerve stimulation - Bladder & Bowel Community. Available at: <https://www.bladderandbowel.org/surgical-treatment/sacral-nervestimulation/>. (Accessed: 30th August 2018)
30. Imhoff, L. R. et al. Fecal incontinence decreases sexual quality of life, but does not prevent sexual activity in women. *Dis. Colon Rectum* 55, 1059-65 (2012)
31. Rockwood, T. H. et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale Quality of Life Instrument for Patients with Fecal Incontinence. *Dis. Colon Rectum* 43, 9-16 (2000)
32. Horng, S.-S., Chou, Y.-J., Huang, N., Fang, Y.-T. & Chou, P. Fecal incontinence epidemiology and help seeking among older people in Taiwan. *Urology* 33, 1153-1158 (2014)
33. Tan, J. J. Y., Chan, M. & Tjandra, J. J. Evolving Therapy for Fecal Incontinence. *Dis. Colon Rectum* 50, 1950-1967 (2007)
34. Matzel, K. E. et al. Sacral spinal nerve stimulation for faecal incontinence: multicentre study. *Lancet* 363, 1270-1276 (2004)
35. Koughnett, J. A. M. Van & Wexner, S. D. Current management of fecal incontinence: Choosing amongst treatment options to optimize outcomes. *World J. Gastroenterol.* 19, 9216 (2013)
36. Ditah I, Devaki P, Luma HN, et al. Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States adults, 2005-2010. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12(4):636-43.e432. Doi:10.1016/j.cgh.2013.07.020
37. Giebel GD, Lefering R, Troidl H, Blöchl H. Prevalence of fecal incontinence: what can be expected? *Int J Colorectal Dis.* 1998;13(2):73-77. Doi:10.1007/s003840050138