

Analtampons in der Behandlung der analen Inkontinenz

Die anale Kontinenz, also die Fähigkeit, den Darminhalt willentlich zurückhalten zu können, ist durch ein System unterschiedlicher Komponenten des sog. Kontinenzorgans gewährleistet. Eine Inkontinenz kann dann resultieren, wenn einzelne oder mehrere diese Komponenten des Verschlussapparates erkrankt, geschädigt und fehlerhaft ausgebildet sind.

Die Behandlung der Stuhlinkontinenz berücksichtigt das Wissen um die Funktionsfähigkeit der Einzelkomponenten und verlangt darum eine möglichst gezielte Behandlung der jeweiligen Funktionsstörung. So wird beispielsweise ein Defekt in der Schließmuskulatur operativ rekonstruiert und ein Mastdarmvorfall operativ so korrigiert, dass der Darm wieder im Bauchraum fixiert ist. In der Mehrzahl der Krankheitsfälle sind aber mehrere Anteile des komplexen Verschlussorgans geschädigt oder im Fall der angeborenen Inkontinenz in der Embryonalentwicklung erst gar nicht angelegt (4). In diesen Fällen kommt das gesamte Spektrum der konservativen Behandlungsverfahren zur Anwendung, die unterstützend (Hilfsmittel, Medikamente) und übend (Biofeedback, Muskelstimulation) die noch vorhandenen Reserven des Kontinenzorgans ausnutzen, um die Situation für den Betroffenen möglichst günstig zu beeinflussen. Ziel ist hierbei also eine dauerhafte adjuvante Therapie, da die Erkrankung nicht mit einer einmaligen und kurzfristigen Maßnahme zur Ausheilung gebracht werden kann (6,7).

Im Rahmen dieses multimodalen Konzepts der langfristigen Therapie der Stuhlinkontinenz stellt die Einlage von Tampons zur Abdichtung des Analkanals ein Behandlungsprinzip dar, das seit Jahrzehnten eingeführt ist (9) und einen fest umrissenen Stellenwert in der Inkontinenzbehandlung hat. Dabei muss zwischen den angeborenen Störungen des Kindes oder Jugendlichen und den erworbenen Störungen des Erwachsenen differenziert werden.

Angeborene Formen der Inkontinenz

Die Verwendung von Analtampons ist angezeigt bei Kindern mit einer Inkontinenz bei Meningomyelozele (8) oder operativ nicht adäquat korrigierbaren Fehlbildungen des Anorektums, z.B. Analatresie bzw. nach einer fehlgeschlagenen operativen Korrektur. Bei der Meningomyelozele sind die operativen Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt, da das ursächliche nervale Defizit nicht korrigiert werden kann. Die unterschiedlichen Formen der Analatresie und auch die Fehlbildungen des Rektums wie etwa der M. Hirschsprung werden mit unterschiedlichen operativen Konzepten angegangen. Bei diesen Eingriffen ist aber nicht in jedem Fall ein zufriedenstellendes Kontinenzverhalten zu erreichen, da unterschiedlich große Substanzdefizite in den Strukturen des Kontinenzapparates vorhanden sein können. In einem solchen Fall kann durch das Tragen eines Analtampons – intermittierend oder ständig – eine Besserung erreicht werden.

Voraussetzung für die Anwendung eines Analtampons ist beim Erwachsenen die uneingeschränkte mentale Bewältigung des Handlings beim Einführen und Entfernen des Tampons (1). Dabei kann im Einzelfall auch eine Situation resultieren, in der der Betroffene einen solchen Tampon nur in bestimmten Situationen einführt quasi zur

zusätzliche Sicherheit neben anderen medikamentösen und nicht operativen Behandlungsprinzipien.

Im Kindesalter wird die Anwendung des Tampons in der Regel durch die Eltern vorgenommen, wobei etwa ab dem Schulalter eine Information des Kindes hinzukommen sollte, die die Notwendigkeit von Maßnahmen gegen ein ungewolltes Einkoten erklärt und das Kind langfristig zur eigenen Anwendung führt. Der zum Einmalgebrauch bestimmte Tampon muss bei der intraanalnen Anwendung nicht steril aufbereitet sein.

Voraussetzung ist ferner eine Materialeigenschaft des Tampons, die das uneingeschränkte Tragen und Auswechseln ermöglicht, ohne dass es zu einer Druckschädigung des Schleimhautgewebes im Analkanal kommt. Die Tampons werden in unterschiedlichen Größen und Formen angeboten, die eine „passgenaue“ Verordnung ermöglichen. Sie sind aus einem PVA-Schaumstoff aufgebaut, dessen Eigenschaften seit Jahrzehnten bekannt sind (3,9). Obwohl dieser Schaumstoff seit Jahrzehnten angewendet wird, stellt er weiterhin in dieser Form den Stand der Technik dar, den man sich für die Verwendung als Analtampon wünscht. Das Material verhält sich inert, sodass auch die versehentliche Inkorporation kleiner Bestandteile des Tampons - beispielsweise über eine Wunde - bedenkenlos akzeptiert werden kann (2). Somit kann die Anwendung uneingeschränkt empfohlen werden, da keine Schädigungen bekannt sind.

Das Tragen eines solchen Tampons ermöglicht den Betroffenen eine weitgehende soziale Integration und nimmt ihnen den psychischen Druck aufgrund der außerordentlich belastenden Situation. Während die Versorgung mittels einer Vorlage nicht in der Lage ist, eine Geruchsbelästigung für die Umgebung zu vermeiden, ist dieses mit dem Tampon weitestgehend möglich. Wenn der Tampon aufgrund einer falsch gewählten Größe oder Form nicht adäquat funktioniert, kann eine andere Größe des Tampons ausprobiert oder ein anderes Konzept der Inkontinenzbehandlung verfolgt werden. Aufgrund der elastischen Eigenschaften des Materials führt auch die permanente Anwendung über Jahre nicht zu einer Veränderung der anatomischen Konfiguration des Analkanals, was darauf schließen lässt, dass das Material keinen unphysiologischen gewebeschädigenden Druck auf die Wand aufbaut.

Insgesamt lässt also sagen, dass der Nutzen des Tampons immer größer ist als ein möglicher Schaden, der aufgrund der bisherigen Erfahrungen nicht erkennbar ist.

Erworbene Formen der Inkontinenz

Die erworbenen Formen der Inkontinenz sind erheblich häufiger als die angeborenen. Die degenerativ induzierten Ursachen bei älteren und pflegebedürftigen Patienten werden infolge der Alterung unserer Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten erheblich zunehmen. Dabei unterliegen sowohl die Strukturen des ZNS als auch die des Beckenbodens und Kontinenzapparates im engeren Sinne diesen Alterungsprozessen.

Zu den erworbenen Formen der Analinkontinenz sind zu zählen: Erkrankungen des ZNS (z.B. ein Z. n Apoplex sowie aller Formen des dementiellen Formenkreises) und der peripheren Nerven (z.B. Multiple Sklerose, diabetische Polyneuropathie), Krebs-erkrankungen und deren Folgen (z.B. Strahlenschäden), geburtstraumatische Schäden und degenerative Alterungsphänomene des Beckenbodens. Die Inkontinenz kann ein wichtiger Wegbereiter eines Dekubitus sein, sodass eine Behandlung der Inkontinenz mittels eines Analtampons als Prophylaxe eines Dekubitus zu sehen ist (1).

Gemessen an der Gesamtzahl werden nur sehr wenige Patienten wegen der Stuhlinkontinenz operiert. Eine eindeutige Operationsindikation stellt, wie oben erwähnt, lediglich der traumatische Muskeldefekt und der manifeste Rektumprolaps dar (5,6). Die große Anzahl der von einer neurogenen Inkontinenz betroffenen älteren Patienten muss konservativ behandelt werden, da auch die modernen Sphinkterersatzplastiken und die sakrale Nervenstimulation eine adäquate mentale Funktion voraussetzen und einen großen operativen Aufwand mit häufigen Reeingriffen bedingen. In diesen Fällen bietet die Anwendung eines Inkontinenztampons also eine Alternative. Ein Versuch der Anwendung ist immer gerechtfertigt und leicht möglich. Aus eigener Erfahrung lässt sich feststellen, dass der Tampon gelegentlich von Männern mit einer noch guten Restaktivität in der Schließmuskulatur eher etwas schlechter toleriert wird. Die liegt aber nicht an den Materialeigenschaften des Tampons sondern daran, dass er ein Fremdkörpergefühl im After auslösen kann.

Die Verwendung des Analtampons zur Behandlung einer Stuhlinkontinenz muss in ein Gesamtkonzept der Therapie eingebaut sein, das zusätzlich natürlich alle anderen Möglichkeiten der nicht-operativen „Kontinenzsteuerung“ (6) mit Empfehlungen zur Ernährung und zu den Defäkationsgewohnheiten, physiotherapeutischen Maßnahmen und gegebenenfalls auch einer medikamentösen Hemmung der Darmmotilität umfasst.

Literatur:

- 1) Füsgen I, Gruss HJ. Fecal incontinence in elderly diabetic patients. Wien Med Wochenschr. 2003;153(17-18), 398-401
- 2) Mai I, Hackensellner H-A, Porstmann W. Zur Reaktion der Gefäßwand auf die intravasale Applikation von Ivalon. Frankfurter Zeitschrift für Pathologie 1967; 77, 252-261
- 3) Mutschler W, Burri C, Plank E. Tierexperimentelle und klinische Erfahrungen mit dem synthetischen Hautersatz Polyvinylalkohol-Formalschaum (PVA). Helv.chir.Acta 1980; 47, 163-166
- 4) Probst M, Pages H, Riemann JF, Eickhoff A, Raulf F, Kolbert G. Stuhlinkontinenz. DÄ, 2010; 107 Heft 34-35, 596-601
- 5) Raulf F. Stuhlinkontinenz: Operative Behandlung eines komplexen Problems. Wien Med Wochenschr 2004; 154/3-4, 84-87

6) Raulf F. Operative Therapie der Stuhlinkontinenz – Möglichkeiten und Grenzen
kontinenz aktuell 3/2005; 36, 5-7

7) Raulf F. Häufige Ursachen der Stuhlinkontinenz in Klinik und Praxis
kontinenz aktuell 1/2008; 5–11

8) Shoshan L, Ben-Zvi D, Katz-Leurer M. Use of the anal plug in the treatment of fecal incontinence in patients with meningomyelocele.
J Pediatr Nurs. 2008; 23(5), 395-399.

9) Willital GH, Meier H. Der künstliche Enddarmverschluss, ein neues Konzept in der Behandlung der analen Inkontinenz.
MedWelt 1982; 33, 1226-1230



Dr. med. Franz Raulf
Chirurg/Proktologie
End- und Dickdarmzentrum Münster
Warendorfer Str. 185
48145 Münster
franz.raulf@t-online.de