



# Anale Irrigation

von Alexandra Fleischmann

Im beruflichen und privaten Leben schränkt ein Verlust der Kontrolle über die Darmausscheidung die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erheblich ein. Patienten, die in unsere proktologische Sprechstunde kommen, verbalisieren diese Einschränkungen recht deutlich:

„Ich kann nicht mehr aus dem Haus gehen!“

„Ich habe immer das Gefühl zu stinken!“

„Ich komme nicht schnell genug zur Toilette, der Drang ist zu plötzlich!“

„Ich kann nicht mehr zur Arbeit gehen!“

Dies sind Aussagen, die wir in diesem Rahmen immer wieder hören.

## Diagnostik

Um die Ursache für die Störung der Darmausscheidung zu finden und einen individuellen Therapieplan aufstellen zu können, ist zunächst eine gezielte Anamnese erforderlich. Vorausgegangene Operationen oder andere Ereignisse wie z. B. schwere Entbindungen stellen oft den Beginn der Probleme dar.

Zusätzlich zur Anamnese und zur digitalen Untersuchung des Mastdarms durch einen erfahrenen Proktologen sind apparative Untersuchungen möglich:

- Die *Rektoskopie* zum Ausschluss eines Rektumkarzinoms ist obligat bei Patienten, deren Probleme sich schleichend und ggf. mit Symptomen eines Hämorrhoidalleidens eingestellt haben.
- Die *rektale Endosonographie* dient z.B. zur Darstellung einer Sphinktermuskellücke
- Die *Rektum-Manometrie* dient zur Bestimmung der Muskelleistung und der Sensorik
- Die *Defäkographie* wird benötigt zur Darstellung

## Ursachen für Stuhlinkontinenz

- Verletzungen des Schließmuskels (Operationen, Traumen, Entbindungen)
- Beckenbodenschwäche
- Neurologische Erkrankungen
- Spina Bifida
- Multiple Sklerose
- Chronische Obstipation
- Verletzung der Sakralnerven S2-S4
- Vorausgegangene Operationen im Rectum- bzw. Analsbereich
- Vorausgegangene Bestrahlungen des kleinen Beckens

der Mobilität des Rektums bei der Stuhlentleerung und der Darstellung von Rektozelen.

- Die *Kolontransitzeitbestimmung* ist sinnvoll bei assoziierter Obstipation.
- Die Bestimmung der *Pudenduslatenzzeit* zeigt die Nervenleitgeschwindigkeit.

## Therapiemöglichkeiten

Die Diagnosestellung und die Festlegung des Therapieplans werden vom Proktologen vorgenommen. Je nach Ausprägung wird eine einzelne Therapie empfohlen oder es werden mehrere Therapieoptionen, die bei der Stuhlinkontinenz zum Einsatz kommen können, kombiniert.

### Therapieoptionen bei Stuhlinkontinenz

- Beckenbodengymnastik
- Biofeedbacktraining
- Reizstromtherapie mit Rektalsensor
- Zäpfchen oder Einläufe zur Regulierung der Ausscheidung
- Anale Irrigation zur Regulierung der Ausscheidung
- Operation: Sphinkterrepair, Rektopexie, Sakralnervstimulation, dynamische Gracilisplastik, Stomaanlage

Zu einer Kooperation des Proktologen mit der Krankenschwester mit WB Stomapflege und Inkontinenz kommt es beim Einsatz des Biofeedbacktrainings, der Reizstromtherapie oder der analen Irrigation, sowie bei der Planung einer Stomaanlage.

## Die Irrigation

Die Irrigation über den natürlichen After wird als „anale Irrigation“ oder „retrograde Irrigation“ bezeichnet. Seit 1996 haben wir in unserer Sprechstunde über 100 Patienten die anale Irrigation empfohlen – mit unterschiedlichen Erfolgen. Die Indikationen für die anale Irrigation waren Stuhlinkontinenzbeschwerden oder Stuhlentleerungsstörungen.

Die Irrigation zur Erlangung einer ausscheidungsfreien Zeit wird seit langem erfolgreich bei Kolostomie-Patienten eingesetzt. Die Vorteile der Kolon-Irrigation, sei es über ein Stoma oder über den natürlichen After sind:

- Weniger Hautprobleme
- Weniger Geruchsprobleme
- Geringerer Verbrauch von Hilfsmitteln
- Höhere Lebensqualität



*Irrimatic R<sup>®</sup>*  
von B. Braun  
mit Konus  
und Rektalkatheter



Vor dem Einsatz der Irrigation müssen die üblichen Kontraindikationen ausgeschlossen sein:

- Vorhandener Kolontumor
- Entzündliche Darmerkrankungen
- Durchfall
- Laufende Radio- oder Chemotherapie
- Rektum- oder Analkanalstenose
- Reizdarmsyndrom
- Andere entzündliche Prozesse im Rektum

Die anale Irrigation ist eine risikoarme Therapie ohne Nebenwirkungen. Wir haben bisher keinen Fall einer Darmperforation gesehen, solange mit Konus irrigiert wird. In der Technik ist die anale Irrigation mit der Stomairrigation vergleichbar, jedoch ist die ausscheidungsfreie Zeit bei der Stoma-Irrigation länger (bis zu 3 Tagen) als bei der analen Irrigation (maximal 1 Tag). Desweiteren kann über ein Stoma mehr Wasser in das Kolon gefüllt werden als über den Anus.



*Colonverlauf normal und nach Rektumresektion*



## Die Anwendung

Der Patient füllt ca. 1/2 Liter körperwarmes Leitungswasser in den Spülbehälter, setzt sich auf die Toilette, entlüftet das Schlauchsystem und führt den Konus in den Anus ein. Zuvor sollte er etwas Gleitmittel auf den Konus aufbringen. Dann lässt er das Wasser einlaufen, hält den Konus noch 1–2 Minuten im Anus und zieht ihn dann heraus. Die Ausscheidung setzt in der Regel sofort ein, deshalb sollte der Patient auch von Anfang an auf der Toilette sitzen. Die genau benötigte Wassermenge ist individuell sehr unterschiedlich und muss vom Patienten manchmal selbst gespürt werden. Die Spülung wird 1–2 mal täglich durchgeführt je nach Erfolg, d.h. nach der Dauer der problemfreien Zeit. Wir verwenden die herkömmlichen Spülbehälter mit Konus aus dem Stomasortiment oder die Irrigationpumpe Irrimatic R von B. Braun. Die Pumpe wird mit zwei unterschiedlichen Konen ausgeliefert, dem bekannten Stomakonus und dem Rektalkatheter von Medical Service, einen Konus mit integriertem Katheter, der tiefer eingeführt werden kann und somit den Wasserfluss tiefer in das Colon leitet. Leider gibt es immer wieder Probleme mit der Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die Pumpe, so dass mancher Patient mit dem Schwerkraftsystem zurecht kommen muss.

Bei permanenter Stuhlinkontinenz ermöglicht diese Therapie eine gezielte Entleerung 1–2 mal täglich mit ausscheidungsfreien, inkontinenzfreien Stunden dazwischen. Manche Patienten zeigen das Beschwerdebild der häufigen, kleinen Entleerungen oft gepaart mit Dranginkontinenz. In diesen Fällen wird durch die Irrigation die Zeit, die der Betroffene auf der Toilette oder in der Nähe einer Toilette sein muss, deutlich reduziert. Somit können beide

Gruppen wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Nur in äußerst schweren Fällen sollte der Patient wegen seiner Probleme eine Stomaanlage bekommen. Jede Operation birgt ein Risiko. Weniger risikoreich ist die Irrigation und wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Betroffenen lieber den Aufwand für eine anale Irrigation betreiben als Stoma-träger zu sein.

Stuhlentleerungsstörungen mit Inkontinenz können auch nach operativen Eingriffen am Rektum auftreten. Bei diesen Patienten ist folgender Mechanismus gestört: Der Dickdarm wurde durch die Resektion des Rektums mobilisiert und verliert dadurch seine natürlichen Biegungen. Das Rektumreservoir ist verkleinert, das heißt, es kann weniger Stuhl bis zu Defäkation gespeichert werden. Wenn zusätzlich der Schließmuskel schwach ist, tritt folgendes Szenario ein: Der Patient isst, die Peristaltik beginnt, der weiche Stuhl rutscht ab dem Transversum in ein verkleinertes Rektum. Der Patient verspürt also plötzlich einen imperativen Drang, eilt zur Toilette und ist unter Umständen mit vielen kleinen Entleerungen, die sich immer wieder einstellen, wenn er gerade von der Toilette aufgestanden ist, beschäftigt (Statik) oder er hat die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreicht. Diesen Patienten kann man durch eine medikamentöse Eindickung des Stuhles helfen, durch Training des Schließmuskels oder/und durch die anale Irrigation.

Obwohl die anale Irrigation nicht die Non-plus-ultra-Therapie für Stuhlinkontinenz darstellt, so ist sie doch bei einem klar definierten Patientengut eine gute und effektive konservative Therapieoption. Sie ist billig im Vergleich zu operativen Therapien oder der Summe aus dem jahrelangen Verbrauch von Windeln, Einlagen, diversen Hautcremes sowie Medikamenten für chronische perianale Hautentzündungen. Die Irrigation ist keine Kolon-Lavage oder Kolonhydrotherapie, sondern sie ist und bleibt eine Methode zur (Wieder-)Erlangung der Kontrolle über die Darmausscheidungen.

*Der vorliegende Artikel ist der Abdruck des gleichnamigen Referates von Frau Fleischmann beim diesjährigen ECET-Kongress in München.*



*Frau Alexandra Fleischmann ist als Krankenschwester mit Weiterbildung Stomapflege und Inkontinenz an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen in Teilzeit tätig.*