

Behandlung

Wir bemühen uns um individuelle chirurgische Therapien. Dazu gehören die Entfernung oder Stapler-raffung von symptomatischen Hämorrhoiden, Analfistelexzisionen, plastische Analfistelverschlüsse und Analfissurexzisionen. Geeignete Rektumtumore werden transanal entfernt. Für Mastdarmvorfälle mit Darmentleerungsstörungen stehen die Verfahren der transanal Enddarmraffung (STARR, Rehn-Delorm, Altemeier) sowie Bauchoperationen zur Mastdarmraffung mit und ohne Krummdarmentfernung zur Verfügung. Letztere führen wir in der Regel minimal invasiv im Sinne der Knopflochchirurgie durch. Als wenig invasives Verfahren hat sich die Implantation eines Beckenbodenschrittmachers (SNS) bei Kontinenzproblemen etabliert.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Jörg-Peter Ritz

Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und
Ärztlicher Direktor Klinikum

Dr. med. Matthias Ristig

Oberarzt, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Eduart Qemalli

Facharzt, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Spezialsprechstunde

Koloproktologie (im Ambulanzzentrum)

dienstags 13:00 bis 15:00 Uhr

T (0385) 520-2470



Vereinbaren Sie schnell und
einfach online einen Termin.



Patienteninformation

Stuhlinkontinenz

Helios Kliniken Schwerin

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Onkologisches Zentrum, Darmkrebszentrum,- Magenkrebszentrum, Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Chefarzt: Prof. Dr. med. Jörg-Peter Ritz

Wismarsche Str. 393-397
19049 Schwerin

T (0385) 520-2050

F (0385) 520-3520

allgemeinchirurgie.schwerin@helios-gesundheit.de

www.helios-gesundheit.de/schwerin

IMPRESSUM

Verleger: Helios Kliniken Schwerin GmbH,
Wismarsche Str. 393-397, 19049 Schwerin
Druck: maxpress agentur für kommunikation
GmbH & Co. KG, Stadionstr. 1, 19061 Schwerin

© maxpress: HELI 18-190



Liebe Patientinnen und Patienten,

Allein in Deutschland leiden zwischen 5-9 Millionen Patienten an Stuhlinkontinenz. Die Dunkelziffer ist hoch, denn man spricht nicht gern darüber – oft nicht einmal mit dem eigenen Arzt. Denn viele betrachten Inkontinenz als körperlichen Mangel oder persönliches Versagen und nicht als die Krankheit, die sie ist. Wir wollen Ihnen Hilfestellung geben, mit uns zusammen einen Weg zu finden, der Sie von Ihren Beschwerden befreit oder zumindest eine deutliche Verbesserung Ihrer Situation bewirkt. Mit allen guten Wünschen

Prof. Dr. med. Jörg-Peter Ritz

Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Ärztlicher Direktor Klinikum

Dr. med. Matthias Ristig

Oberarzt, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Eduart Qemalli

Facharzt, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Was ist Stuhlinkontinenz?

Die Unfähigkeit, Darmgase oder Stuhlgang zu halten oder unter Kontrolle abzusetzen, bezeichnet man als Stuhlinkontinenz. Die Ausprägung reicht dabei von ungewolltem Windabgang über Stuhlschmierien bis zu unkontrolliertem, teils auch unbemerktem Stuhlabgang.

Ursachen

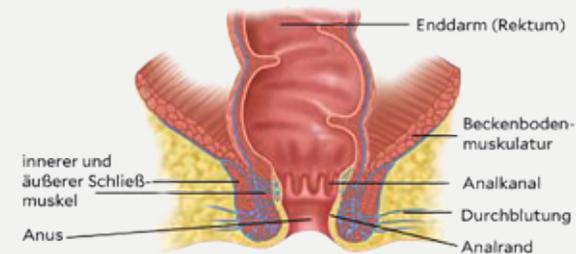
Verschiedenste Störungen des Dickdarm, des Enddarms, der Beckenbodenstrukturen und des Nervensystems können eine Inkontinenz zur Folge haben. In der Regel sind mehrere Faktoren ursächlich:

Der Schließmuskel funktioniert nicht oder ist überlastet durch:

- Überdehnung durch Stuhlverhalt im Enddarm, chronische Verstopfung
- Beckenbodensenkung (häufige Alterserscheinung durch Bindegewebsschwäche und Abbau der Beckenmuskulatur, Operationen an der Gebärmutter)
- Tumoren, Tumor-Operationen
- Fistelspaltung
- Dammriss während der Geburt mit Verletzung des Schließmuskels
- Infiltrierende Abszesse
- Angeborene Fehlbildung (Analatresie)

Neurologische Störung:

- Schäden des Rückenmarkes oder des Gehirns
- Schlaganfall
 - Morbus Alzheimer
 - Multiple Sklerose
 - Gehirntumor
 - Querschnittslähmung (Tetraplegie)
 - Bandscheibenleiden



Gradeinteilung

Grad 1 – Leichte Form: Unkontrollierter Abgang von Winden

Grad 2 – Mittlere Form: Unkontrollierter Abgang von dünnflüssigem Stuhl

Grad 3 – Schwere Form: Unkontrollierter Abgang von geformtem Stuhl

Untersuchungen (Diagnostik)

Basis einer Ursachenklärung ist für uns eine gründliche Erfragung der genauen Beschwerden in Dauer und Ausprägung.

Es werden folgende Untersuchungen angeboten:

- Inspektion der Afterregion – Palpation (Abtasten) des Afters und der analen Schließmuskulatur
- Mastdarmspiegelung (Rektoskopie) Spiegelung des Analkanals (Proktoskopie)
- Defäkographie (Videoaufnahme der Stuhlentleerung mittels Kontrastmittel, das über den After in den Mastdarm eingebracht wird),
- Ultraschall des Afters (Endosonographie)
- Analmanometrie (Messung des Verschlussdruckes der analen Schließmuskulatur)
- Messung der Geschwindigkeit der Dickdarm-Passage (Colon-Transitzeit)
- Prüfung der Stuhlhaltefähigkeit und des Entleerungsverhaltens