

Stuhlinkontinenz: Spielt das Alter eine Rolle? Charakteristika älterer vs. jüngerer Frauen in der Behandlung von Stuhlinkontinenz

Wang J, Patterson T, Hart S, et al. Fecal incontinence: does age matter? Characteristics of older vs. younger women presenting for treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2008;51:426–31.

Fragestellung und Hintergrund: Die Ätiologie einer Stuhlinkontinenz ist multifaktoriell. Die Autoren dieser Studie nehmen an, dass Frauen je nach Alter aus unterschiedlichen Gründen zur Behandlung kommen. In dieser Studie sollen typische Merkmale bei Patientinnen mit Stuhlinkontinenz, die bei Behandlungsbeginn jünger waren, bestimmt werden.

Patienten und Methodik: Es wurden Daten von 399 Frauen mit einer vollständigen Evaluation ihrer Stuhlinkontinenz im Zeitraum 2001 bis 2006 ausgewertet. Von diesen wurden insgesamt 246 Patientinnen im Alter von 49 Jahren und jünger bzw. von 65 Jahren oder älter ausgesucht. Datengrundlage waren selbst ausgefüllte Fragebögen zur Häufigkeit der Stuhlinkontinenz und assoziierter Symptome, zur Krankengeschichte sowie Ergebnissen funktioneller, anorektaler Untersuchungen. Es wurden univariate und multivariate Analysen durchgeführt.

Ergebnisse: Das mediane Alter beider Gruppen betrug 42 (23–49) bzw. 72 (65–89) Jahre. Sphinkterdefekte $> 90^\circ$ und frühere Sphinkterplastiken waren mit der jüngeren Altersgruppe assoziiert. Frühere Operationen wegen Hämorrhoiden sowie bilaterale Pudendus-Neuropathien kamen in der älteren Gruppe häufiger vor. Jüngere Frauen hatten häufiger eine Inkontinenz für Luft, breiigen und flüssigen Stuhl.

Schlussfolgerung: In der untersuchten Gruppe zeigten sich Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Patientinnen bei den stuhlinkontinenzbezogenen Symptomen und der allgemeinen medizinischen Verfassung. Bei jüngeren Frauen ist es wahrscheinlicher, dass sie sich bei jedem Beschwerdegrad in Behandlung begeben. Die altersbedingt unterschiedlichen Charakteristika einer Stuhlinkontinenz sollten bei der Entwicklung einer Behandlungsstrategie in Betracht gezogen werden.

Kommentar

Die Stuhlinkontinenz (SI) ist ein multifaktorielles Krankheitsbild mit einer Inzidenz von ca. 1,5–3%, das Lebensgewohnheiten und -qualität beeinflusst und mit höherem Alter zunimmt. In Alten- und Pflegeheimen wird sogar über eine Prävalenz von 30% und mehr berichtet. Frauen sind aufgrund möglicher

gynäkologisch und geburtshilflicher Erkrankungen/Operationen häufiger betroffen als Männer. In dieser Arbeit werden die altersabhängigen, unterschiedlichen Ursachen weiblicher SI sorgfältig recherchiert, akribisch statistisch ausgewertet und mit einer umfangreichen Literaturangabe belegt (s. Anhang). Alle Patientinnen wurden mit einer gezielten Anamnese (Fragebo-

gen), einer Basisdiagnostik (digitale Untersuchung, Proktoskopie) und spezifischen Untersuchungsverfahren (transanaler Ultraschall, neurophysiologische Untersuchungen [Pudendus-Latenzzeit/Sphinkter-EMG] und transanale Druckmessung) diagnostisch abgeklärt.

Beim Erstellen eines Therapiekonzeptes nützen allerdings weder Statistik noch eine „Wahrscheinlichkeitsberechnung“ möglicher Ursachen in unterschiedlichem Alter. Die Planung eines Behandlungskonzeptes erfordert eine sorgfältige Abklärung mittels des gesamten Spektrums der proktologischen Diagnostik – unabhängig vom Alter und Schweregrad –, so wie es von Pehl et al. in ihrer, in meinen Augen sehr guten Übersichtsarbeit empfohlen wird [1]. So hat die hier vorliegende Arbeit durchaus wissenschaftlichen Sinn, um festzustellen, welche altersbedingten Faktoren die größte Bedeutung in Bezug auf die Häufigkeit der Symptome und die Lebensqualität haben. Für die Praxis sind die Ergebnisse eher nicht relevant.

Literatur

1. Pehl C, Birkner B, Bittmann W, et al. Stuhlinkontinenz. *Dt Ärztebl* 2000;97:1302–8.

Anhang

1. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Communitybased prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995;274: 559–61.
2. Goode PS, Burgio KL, Halli AD, et al. Prevalence and correlates of fecal incontinence in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:629–35.
3. Quander CR, Morris MC, Melson J, Bienias JL, Evans DA. Prevalence of and factors associated with fecal incontinence in a large community study of older individuals. *Am J Gastroenterol* 2005;100:905–9.

4. Boreham MK, Richter HE, Kenton KS, et al. Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1637–42.
5. Melville JL, Fan MY, Newton K, Fenner D. Fecal incontinence in US women: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:2071–6.
6. Perry S, Shaw C, McGrother C, et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut* 2002;50:480–4.
7. Frudinger A, Halligan S, Bartram CI, Price AB, Kamm MA, Winter R. Woman anal sphincter: age-related differences in asymptomatic volunteers with high-frequency endoanal US. *Radiology* 2002;224:417–23.
8. Rociu E, Stoker J, Eijkemans MJ, Lameris JS. Normal anal sphincter anatomy and age- and sex-related variations at high-spatial-resolution endoanal MR imaging. *Radiology* 2000;217:395–401.
9. Oberwalder M, Dinnewitzer A, Baig MK, et al. The association between late-onset fecal incontinence and obstetric anal sphincter defects. *Arch Surg* 2004;139:429–32.
10. Varma MG, Brown JS, Creasman JM, et al. Fecal incontinence in women older than aged 40 years: who is at risk? *Dis Colon Rectum* 2006;49:841–51.
11. Crowell MD, Lacy BE, Schettler VA, Dineen TN, Olden KW, Talley NJ. Subtypes of anal incontinence associated with bowel dysfunction: clinical, physiologic, and psychosocial characterization. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1627–35.
12. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1525–32.
13. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000;43:9–16.
14. Talley NJ, O’Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. *Gastroenterology* 1992;102:895–901.
15. Hill K. The demography of menopause. *Maturitas* 1996;23:113–27.
16. Lunniss PJ, Gladman MA, Hetzer FH, Williams NS, Scott SM. Risk factors in acquired faecal incontinence. *J R Soc Med* 2004;97:111–6.
17. Chaliha C, Sultan AH, Emmanuel AV. Normal ranges for anorectal manometry and sensation in women of reproductive age. *Colorectal Dis* 2007;9:839–44.

18. Fox JC, Fletcher JG, Zinsmeister AR, Seide B, Riederer SJ, Bharucha AE. Effect of aging on anorectal and pelvic floor functions in women. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1726–35.
19. Read NW, Abouzekry L, Read MG, Howell P, Ottewell D, Donnelly TC. Anorectal function in elderly patients with fecal impaction. *Gastroenterology* 1985;89:959–66.
20. Tobin GW, Brocklehurst JC. Faecal incontinence in residential homes for the elderly: prevalence, aetiology and management. *Age Ageing* 1986;15:41–6.

Dr. Jens-Uwe Bock, Kiel