

Verstopfung bei älteren Menschen

Diese Übersicht aus der Johns Hopkins University School of Medicine beschreibt diagnostische Probleme, häufige Ursachen, Abklärungen und Therapiemöglichkeiten bei älteren Menschen mit Obstipation.

CLINICAL GERIATRICS

Definition

Patienten und Ärzte haben ganz unterschiedliche Definitionen von Verstopfung. Mediziner stützen sich meist auf die Stuhlfrequenz. Aus grossen Bevölkerungsstudien weiss man, dass die meisten Individuen zwischen drei Stuhlentleerungen pro Tag und drei Defäkationen pro Woche haben. Eine ärztliche Definition der Obstipation kann also lauten: «weniger als drei Stuhlentleerungen pro Woche». Dem werden viele Patienten nicht zustimmen, wie entsprechende Studien zeigten, die ergaben, dass Patienten mit der ärztlichen Obstipationsdiagnose bloss etwa zu 50 Prozent übereinstimmen.

Grund ist, dass sich Patienten eher auf Symptome als auf die Stuhlfrequenz stützen, wenn sie eine Verstopfung beklagen. Für Patienten sind diese Symptome für die Definition ihres Problems wichtig:

- *Pressen bei der Entleerung (52%)*
- *harte Stühle (44%)*
- *Stuhldrang ohne Erfolg (34%)*
- *abdominelle Beschwerden (20%).*

Andere Klagen betreffen Blähungen und ein Gefühl der unvollständigen Entleerung. Im Gespräch ist es daher sehr wahrscheinlich, dass Patienten etwas ganz anderes meinen als der Arzt, wenn sie von Verstopfung reden. Dies ist immer im Auge zu behalten, wenn es um diagnostische Strategien und Behandlungsoptionen geht. Die Rom-II-Kriterien zur Definition der Obstipation (Tabelle 1) versuchen der Problematik Rechnung zu tragen.

Merksätze

- Ärzte messen die Obstipation an der tiefen Stuhlfrequenz, den Patienten sind Mühe bei der Entleerung, harte Stühle, erfolgloser Stuhldrang und Bauchbeschwerden ebenso wichtig.
- In einer Studie mit älteren Patienten konnte gezeigt werden, dass diejenigen mit Obstipation und Stuhlimpaktation eine gestörte rektale und perianale Sensibilität hatten, weshalb bei ihnen erst deutlich grössere Stuhlvolumina im Rektum zu Stuhldrang führen.
- Therapeutisch stehen bei älteren Patienten mit Obstipation mehr körperliche Bewegung sowie ausreichende Flüssigkeits- und Faserzufuhr an erster Stelle. Quellmittel, osmotisch wirksame Laxanzien sowie Irritantien können einzeln oder in Kombination ausprobiert werden.
- Zur Beurteilung des Behandlungserfolgs von Quell- und Fasermitteln braucht es 4 bis 6 Wochen.

Epidemiologie, Verlauf

Die Prävalenzraten für Obstipation bei älteren Menschen reichen von 19 bis 40 Prozent. Diese grosse Schwankungsbreite erklärt sich durch inadäquate Definitionen in manchen Studien, unterschiedliche Befragungsinstrumente sowie soziale Rahmenbedingungen, die variieren. Auch wenn also einige Unsicherheiten bestehen, darf man doch davon ausgehen, dass die Häufigkeit der Obstipation bei Menschen über 65 Jahre signifikant zunimmt.

In der Allgemeinbevölkerung schätzt man die Häufigkeit von Problemen mit der Stuhlentleerung auf 2 bis 28 Prozent. Vor allem im Rentenalter sind sie häufiger Anlass zum Aufsuchen des Arztes. Obstipation verursacht recht hohe Behandlungskosten und beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen, zumal die Verstopfung ein chronisches Problem ist. Es können auch Komplikationen wie Stuhlimpaktation, Rektalulkussyn-

Tabelle 1: **Rom-II-Kriterien für Obstipation**

2 oder mehr der folgenden Symptome für mehr als 3 Monate und bei mindestens 25 Prozent der Defäkationen:

- Pressen
- klumpiger oder harter Stuhl
- Gefühl der unvollständigen Entleerung
- Gefühl einer anorektalen Obstruktion oder Blockade
- manuelle Hilfsmanöver (z.B. digitale Stuhleвакуation)
- weniger als 3 Stuhlentleerungen pro Woche
- Kriterien für Reizdarmsyndrom nicht erfüllt

drom, Beckenbodendysfunktion und Entwicklung einer Rektozele, einer Enterozele oder eines Rektalprolapses auftreten.

Normale Kolonphysiologie

Der Dickdarm ist mehr als nur eine Verbindung zwischen Ileum und Aussenwelt. Er absorbiert grosse Mengen Wasser, ferner auch Elektrolyte und gewisse Nährstoffe. Eine normale Motilität des Kolons sorgt für die Durchmischung des aus dem Dünndarm übergetretenen Darminhalts und für seinen Transport von der rechten Seite bis ins Sigmoid und Rektum. Die normale Transitzeit durch das Kolon beträgt 36 Stunden, gleichmässig verteilt auf rechtes, transverses und absteigendes Kolon. Die normale Kolonmotilität ist komplex und wird noch nicht vollständig verstanden. Sie stützt sich auf die extrinsische Innervation (autonomes Nervensystem), das intrinsische Nervensystem (enterisches Nervensystem) sowie auf eine normale Muskelfunktion der glatten Darm- und der gestreiften Beckenbodenmuskulatur. Etliche Neurotransmitter (Acetylcholin, Stickoxid [NO], vasoaktives intestinales Peptid [VIP], Substanz P) sowie Östrogen und Progesteron spielen eine Rolle.

Der normale Kolontransit hängt von einer ungestörten Funktion des enterischen Nervensystems ab. Das parasympathische Nervensystem trägt Afferenzen aus dem Kolon und leitet einen stimulierenden Input zum Kolon. Sympathische Fasern leiten vorwiegend hemmende Einflüsse zum Kolon, wirken aber im Bereich der Sphinkter exzitatorisch und führen zur tonischen Kontraktion; daneben gibt es auch sympathische Afferenzen. Abdominalchirurgische, gynäkologische oder orthopädische Eingriffe, Bestrahlung oder Trauma können diese Innervation beeinträchtigen und zu Defäkationsproblemen führen.

Die Kolonmotilität hat zwei unterschiedliche Aspekte. Kontraktionen niedriger Amplitude sind für die Durchmischung des Koloninhalts verantwortlich. Sie treten nach Mahlzeiten häufiger auf und kommen etwa 60-mal pro Tag vor. Durch die Hin- und-her-Bewegung wird der Darminhalt in der rechten Kolonseite einer grösseren Schleimhautoberfläche ausgesetzt, was die Wasserabsorption fördert. Die Propulsion des Darminhalts erfolgt durch Kontraktionen grosser Amplitude, die am häufigsten nach dem Aufwachen am Morgen sowie auch nach Mahl-

zeiten auftreten. Die segmentalen Kontraktionen verzögern die Propulsion, sind nichtperistaltisch und erscheinen in der Bildung als Haustrierung.

Die Evakuierung des Stuhls aus dem Rektum ist ein komplexer, erlernter Prozess, der durch gesellschaftliche Normen stark beeinflusst wird und ein intaktes Nervensystem mit normaler Muskelfunktion voraussetzt.

Gestörte Kolonphysiologie

Verstopfung ist ein Symptom und keine Krankheit. Bei älteren Menschen kommt eine ganze Reihe von Störungen als Ursache in Frage: anatomische Obstruktion, verlangsamer Kolontransit, Beckenbodenstörung, Reizdarmsyndrom, Medikamente, neurologische oder myopathische Störungen, metabolische Störungen, psychiatrische Probleme.

Die Obstipation mit normalem Kolontransit ist für Arzt und Patient am schwersten zu verstehen. Hier bestehen die üblichen Verstopfungsbeschwerden ohne Zeichen einer Verzögerung des Kolontransits oder einer mechanischen Obstruktion wegen gestörter Beckenbodenfunktion. Man wird dies als funktionelle gastrointestinale Störung einordnen.

Eine Obstipation mit langsamem Kolontransit entwickelt sich typischerweise auf dem Boden eines neuropathischen Prozesses. Die Häufigkeit oder die Koordination von Kolonkontraktionen hoher Amplitude sind verringert.

Eine Anzahl von pathologischen Veränderungen im Bereich des Beckenbodens kann auch zu chronischer Verstopfung Anlass geben.

Altersveränderungen in Kolon und Rektum

Es ist eine verbreitete irrierte Annahme, dass sich die Physiologie von Dickdarm und Rektum im Alter signifikant verändert. Gesunde Senioren haben keine signifikante Änderung bei der Darmassage. Gewisse ältere Menschen mit Verstopfung haben jedoch eine verlängerte Kolontransitzeit. Diese kann sich als Verstopfung äussern, sie kann aber auch eine vorbestehende Problematik noch verstärken, da die längere Verweilzeit im Kolon zu konzentrierteren, härteren Stühlen führt, die schwierig zu entleeren sind. Bei älteren Personen sind die mittleren Drücke im Analkanal tiefer. Dieses Phänomen ist bei Frauen ausgeprägter und kann zur Inkontinenz prädisponieren.

Eine kritische Rolle bei der normalen Stuhlentleerung spielt die Rektalwahrnehmung. In einer Studie mit älteren Patienten konnte gezeigt werden, dass diejenigen mit Obstipation und Stuhlimpaktation eine gestörte rektale und perianale Sensibilität hatten, weshalb bei ihnen erst deutlich grössere Stuhlvolumina im Rektum zu Stuhl-drang führen.

Abklärung

Sehr wichtig ist die eingehende Anamnese. Zunächst wird man genau nach der Ernährung fragen. Nimmt jemand mit Obstipationsbeschwerden schon ausreichend (25–30 g/Tag) Faserstoffe

zu sich, bringt eine gesteigerte Zufuhr im Allgemeinen nichts. Nach der Flüssigkeitszufuhr soll gefragt werden, obwohl es keine guten wissenschaftlichen Studien gibt, die belegen, dass eine Steigerung der Flüssigkeitsaufnahme zu einer Besserung der Obstipation führt. Körperliche Inaktivität fördert Verstopfung, mehr Bewegung führt zu besseren Stuhlgewohnheiten. Viele Medikamente – ärztlich verschriebene wie auch frei erhältliche – begünstigen eine Obstipation (Tabelle 2).

Zur Anamnese gehören Fragen nach begünstigenden Faktoren (Operationen, Traumen), ferner auch diejenige nach Kolorektalkarzinomen in der Familie. Neben der Erkundigung nach bisherigen Therapieversuchen muss die patienteneigene Definition einer Verstopfung sorgfältig angesprochen werden. Die Stuhlfrequenz ist kein guter Indikator für die Kolontransitzeit, wohl aber die Stuhleigenschaft (klumpig, hart = langsam, weich = schnell). Die körperliche Untersuchung kann allenfalls Hinweise auf eine Hypothyreose oder einen Parkinson geben. Bei der Inspektion des Abdomens fallen Operationsnarben auf, die Palpation fahndet nach einer intraabdominellen Masse oder signifikanten Stuhlmengen im Sigmoid, die Auskultation ist eine gute Ergänzung. Besonders wichtig ist jedoch die Rektaluntersuchung. Die visuelle Inspektion gibt Hinweise auf Fissuren, Hämorrhoiden, Tumoren oder vorangegangene chirurgische Eingriffe. Eine perianale Hautläsion kann bei älteren Patienten Hinweis auf eine Überlaufinkontinenz sein. Ein fehlender Sphinkterreflex kann ein neurologisches Defizit anzeigen. Zur digitalen Rektumpalpation gehört die Aufforderung zum Pressen wie beim Stuhlgang. Dies erlaubt eine Beurteilung des Verhaltens von innerem und äusserem Sphinkter und gibt Hinweise auf eine Beckenbodenstörung.

Zur anfänglichen Abklärung gehören auch einfache Laboruntersuchungen mit Blutbild, TSH-Bestimmung, Elektrolyten, Kalzium, Phosphor und Magnesium. Wurde sie zuvor nie durchgeführt, lässt sich aus Gastroenterologensicht eine Screening-Kolonoskopie vertreten. Fällt sie normal aus, kann eine empirische Therapie erfolgen.

Tabelle 2: Häufige Medikationen, die zu Obstipation beitragen

- Opioidanalgetika
- Anticholinergika
- Trizyklische Antidepressiva
- Kalziumantagonisten
- Aluminiumhaltige Medikamente
- Kalziumsupplemente
- Diuretika
- Eisensalze
- Antipsychotika
- Antihistaminika
- Parkinson-Medikamente

Eingehendere Untersuchungen sind allenfalls bei Therapieversagen angezeigt, um eine gestörte Kolontransitzeit oder Beckenbodenfunktion zu dokumentieren.

Therapie

Viele ältere Menschen nehmen ohnehin schon Abführmittel, entweder weil sie bestehende Probleme so angemessen behandeln oder weil sie überzeugt sind, dass man jeden Tag Stuhlgang haben muss. Zunächst muss man sich also mit der Patientin oder dem Patienten über die Behandlungsziele einigen. Dann wird man versuchen, für die Verstopfung verantwortliche Medikamente abzusetzen und Faktoren der Lebensführung günstig zu beeinflussen («mehr Bewegung»). Eine faserreiche Ernährung wird heute zur Verhütung «westlicher» Krankheiten propagiert. In einem ersten Schritt sind Quellstoffe einzusetzen. Sie sind sicher und kostengünstig. Quell- und Fasermittel (z.B. Agiolax® mite, Colosan® mite, Metamucil®) haben sich in Vergleichsstudien Placebo als überlegen erwiesen. Die Symptome bessern sich nach einer bis zwei Wochen, die Therapie sollte aber bis zur Beurteilung des Erfolgs oder Scheiterns mindestens während vier bis sechs Wochen erfolgen. Reicht diese Therapie nicht aus, können Gleitmittel (z.B. Norgalax®) versucht werden. Sie sind jedoch eher für eine kurzfristige Therapie geeignet, da für einen längerfristigen Nutzen die Evidenz fehlt.

Die nächste wichtige Gruppe sind die osmotischen Laxanzien. Dabei handelt es sich um (Zucker-)Alkohole (z.B. Duphalac®), Glycerol (z.B. Bulboid®) oder Macrogol (z.B. Transipeg®), die heute von den meisten Ärzten zur Therapie der Obstipation eingesetzt werden.

Als Nächstes kommen Stimulanzien wie Bisacodyl (Dulcolax®) oder Anthrachinone wie Senna (z.B. Agiolax® mit Senna) in Betracht. Sie stimulieren die Peristaltik durch direkte Irritation der glatten Darmmuskulatur und führen auch zu vermehrter Wasser- und Elektrolytsekretion ins Darmlumen. Bei alten Patienten sind sie nicht sehr gut dokumentiert. In kurzfristigen Studien führten sie im Vergleich zu Placebo zu einer Besserung der Gesamtsymptomatik.

Die Kombination eines Stimulans mit einem Quellstoff führt zu Verbesserungen bei Stuhlfrequenz und Stuhlkonsistenz, kann also sinnvoll sein, wenn einfachere Massnahmen nicht erfolgreich waren.

Einläufe werden bei Verstopfung auch gern, aber mit wechselndem Erfolg eingesetzt, es fehlen Daten, die belegen, dass Einläufe den anderen erwähnten Therapien überlegen sind.

Bei Beckenbodendysfunktion kann eine Biofeedbacktherapie unter guter Anleitung Erfolg bringen. ■

Brian E. Lacy, Matthew S. Cole (Johns Hopkins University School of Medicine): Constipation in the older adult. *Clinical Geriatrics* 2004; 12: 44-54.

Halid Bas

Interessenlage: B.L. deklariert, keine finanziellen Interessenkonflikte zu haben. Er hat Forschungsgelder der Firmen Novartis, AstraZeneca und GlaxoSmithKline erhalten.