

Obstipation bei Säuglingen und Kindern

Organische Ursachen einer Obstipation werden am häufigsten bei Neugeborenen und Säuglingen beobachtet. Wenn Kinder nach dem ersten Lebensjahr an Verstopfung leiden, handelt es sich in den meisten Fällen um eine funktionelle Obstipation. Nach der initialen Darmentleerung (Desimpaktion) schliesst sich eine Erhaltungstherapie an, die sich über Monate bis Jahre erstrecken kann.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Etwa 3 bis 5 Prozent aller pädiatrischen Konsultationen erfolgen aufgrund einer Obstipation. Wenn Kinder an einer Obstipation – definiert als verzögerte oder erschwerte Defäkation – leiden, befürchten die Eltern häufig, dass dieses Problem auf eine ernste Erkrankung hinweisen könnte, schreiben Wendy S. Biggs und William H. Dery im «American Family Physician». Normale physiologische Vorgänge im Dünn- und Dickdarm führen dazu, dass die tägliche Anzahl der Stühle mit zunehmendem Alter des Kindes abnimmt: Bei Kindern im ersten Lebensjahr beträgt diese durchschnittlich 2,2, bei Ein- bis Dreijährigen im Mittel 1,4. Es muss also nicht unbedingt eine Verstopfung vorliegen, wenn ein Kind seltener Stühle absetzt. Wird der Begriff Obstipation jedoch als «Unvermögen, den Darm vollständig zu entleeren» definiert, kann auch bei Kindern, die täglich kleine Stuhlmengen absetzen, möglicherweise eine Obstipation vorliegen. Die Enkopresis – also der unwillkürliche Abgang von Stuhl in die Unterwäsche – kann auf eine Obstipation hinweisen.

Wie kommt es zur Obstipation?

Die Kontinenz wird durch unwillkürliche und willkürliche Muskelkontraktionen aufrechterhalten. Wenn ein Kind seinen

Merksätze

- Bei Kindern liegt meist eine funktionelle Obstipation vor, die Folge einer Stuhlretention ist.
- Dennoch muss der Hausarzt auf Hinweise für schwere organische Ursachen der Obstipation achten (beispielsweise Morbus Hirschsprung, Rückenmarkläsionen, zystische Fibrose).
- Nach der initialen Darmentleerung mit oralen oder rektalen Medikamenten schliesst sich die Erhaltungstherapie an.

Darm nicht entleeren möchte, spannt es den äusseren Analsphinkter und die Glutäusmuskulatur an. Dadurch werden die Fäzes höher ins Rektum geschoben, und der Stuhl drang lässt nach. Unterdrückt das Kind den Stuhl drang häufiger, werden die zurückgehaltenen Stuhlmassen grösser und härter, und das Rektum dehnt sich nach und nach aus. Das Absetzen harter oder voluminöser Stuhlmassen kann zu einer schmerzhaften Analfissur führen. Aus Angst vor einer weiteren schmerzhaften Defäkation unterdrückt das Kind den Stuhl drang erneut, sodass es zur Stuhlretention und zu seltenen Darmentleerungen kommt. Man spricht in diesem Fall von einer funktionellen Obstipation.

Funktionelle versus organische Obstipation

Die meisten Kinder mit Verstopfung leiden an einer funktionellen Obstipation. In seltenen Fällen liegt der Verstopfung jedoch eine ernste organische Ursache zugrunde. Eine organisch bedingte Obstipation wird häufig bei Neugeborenen und Säuglingen diagnostiziert (*Tabelle*).

Diagnostik

Eine sorgfältige Anamnese ist erforderlich, um eventuellen organischen Ursachen der Obstipation auf die Spur zu kommen. Bei Kindern nach dem ersten Lebensjahr liegt fast immer eine funktionelle Obstipation vor. Folgende anamnestische Angaben und Befunde sprechen für eine funktionelle Obstipation:

Tabelle: **Organische Ursachen einer Verstopfung bei Säuglingen und Kindern**

Warnzeichen/Symptome	Verdachtsdiagnose
Absetzen von Mekoniumstühlen erst nach mehr als 48 Stunden nach der Geburt, kleinkalibrige Stühle, Gedeihstörungen, Fieber, blutige Durchfälle, galliges Erbrechen, enger Analsphinkter, leeres Rektum bei tastbarer abdominaler Stuhlwalze	Morbus Hirschsprung
Geblähtes Abdomen, galliges Erbrechen, Ileus	Pseudoobstruktion
Schwache Reflexe der unteren Extremitäten oder geringer Muskeltonus, fehlender Analreflex, Vorliegen einer Pilonidalvertiefung oder eines Pilonidalhaarbüschels	Rückenmarkanomalien (Myelomeningozele, Rückenmarktumor, Tethered-cord-Syndrom)
Müdigkeit, Kälteintoleranz, Bradykardie, Wachstumsverzögerung	Hypothyreose
Polyurie, Polydipsie	Diabetes insipidus
Durchfall, Hautausschlag, Gedeihstörungen, Fieber, rezidivierende Pneumonien	Zystische Fibrose
Durchfälle nach Aufnahme von Weizen in die Ernährung	Glutenenteropathie
Abnorme Lokalisation/abnormes Erscheinungsbild des Anus	Angeborene anorektale Missbildungen: Analstenose, Analatresie, nach anterior verlagerter Anus

- nach der Geburt hat das Kind innerhalb von 48 Stunden Stuhl abgesetzt
- extrem harte Stühle, grosskalibrige Stühle
- Stuhlschmierer (Enkopresis)
- Schmerzen oder Beschwerden bei der Defäkation, Unterdrückung des Stuhldrangs
- Blutauflagerungen auf dem Stuhl, perianale Fissuren
- geringe Zufuhr an Flüssigkeiten, faserarme Ernährung, Verzehr grosser Mengen an Milchprodukten
- vor Abschluss des Toilettentrainings versteckt sich das Kind bei der Defäkation, Vermeidung der Toilette.

Bei der körperlichen Untersuchung sollte auch eine rektale digitale Untersuchung erfolgen. So kann der Rektumtonus beurteilt und festgestellt werden, ob eine Distension oder Impaktion des Rektums besteht. Eine Impaktion des Rektums kann das Vorliegen einer funktionellen Obstipation bestätigen. Anal-fissuren sprechen ebenfalls für eine funktionelle Obstipation. Sollte eine rektale Untersuchung nicht möglich sein, kann eine Abdomen-Röntgen-Aufnahme zur Darstellung der fäkalen Impaktion in Erwägung gezogen werden.

Behandlung der funktionellen Obstipation

Ziel der Behandlung ist es, initial den Darm zu entleeren und anschliessend für regelmässigen Stuhlgang zu sorgen. Es kann Monate dauern, bis die Erhaltungsmedikation allmählich abgesetzt werden kann.

Aufklärung der Familie

Wichtig ist, dass die Eltern und Betreuungspersonen des betroffenen Kindes – wenn möglich auch das Kind selbst – über die Ursachen der funktionellen Obstipation informiert werden. Häufigster Grund für die Stuhlretention ist die Angst des Kindes vor einer schmerzhaften Defäkation. Nur selten ist die Stuhlretention Ausdruck eines oppositionellen Verhaltens. Die Enkopresis bei einem Kind ist meist unwillkürlich. Häufig wird für Kinder mit funktioneller Obstipation eine Ernährungsumstellung empfohlen. Eine randomisierte Studie ergab, dass die Gabe von Ballaststoffen zu einer deutlicheren Besserung der Verstopfung führte als Placebo, vor allem bei Kindern mit Enkopresis. Eine doppelblinde Crossover-Studie kam zu dem Ergebnis, dass eine Obstipation bei manchen Kindern Ausdruck einer Kuhmilchintoleranz ist. Deshalb kann es einen Versuch wert sein, für einen umschriebenen Zeitraum Kuhmilch vom Speiseplan des Kindes zu streichen.

Desimpaktion

Die initiale Darmentleerung kann mit Klysmen, Rektalzäpfchen und oralen Medikamenten erreicht werden. Die rektale Desimpaktion mit Klysmen führt zu einem raschen Erfolg, doch sie ist invasiv, und das Kind erlebt sie möglicherweise als traumatisierend. Bei über zweijährigen Kindern wird häufig zunächst ein Paraffinölklysm und anschliessend ein Phosphatklysm verabreicht. Orale Medikamente zur Desimpaktion wurden nur in wenigen Studien miteinander verglichen. In einer Studie wurden Kinder

mit chronischer Obstipation über einen Zeitraum von zwei Wochen mit dem osmotischen Laxans Polyethylenglykol (z.B. Transipeg®, Movicol® Junior) oder mit Laktulose (Gatinar®, Legendal®, Duphalac/-fruit®, Rudolac®) behandelt. Polyethylenglykol erwies sich im Vergleich zu Laktulose als signifikant wirksamer und wurde von 73 Prozent der Eltern/Betreuungspersonen bevorzugt. Als weitere orale Medikamente zur initialen Darmentleerung sind Paraffinöl, Senna und Magnesiumcitrat zu nennen.

Erhaltungstherapie

Ziel ist es, ein- bis zweimal täglich für eine Entleerung weicher Stühle zu sorgen. Regelmässigkeit ist wichtig, denn es kann erneut zur rektalen Impaktion und zur Verstopfung kommen. Zu den Erhaltungsmedikamenten zählen Paraffinöl, Laktulose, Magnesiummilch, Polyethylenglykol-Pulver und Sorbitol. Eine Verhaltenstherapie kann die Ergebnisse einer medikamentösen Erhaltungstherapie zusätzlich verbessern, Biofeedback wird von den Autoren bei funktioneller Obstipation dagegen nicht empfohlen.

Langzeitprognose

Die funktionelle Obstipation ist schwierig zu behandeln, die Rezidivrate hoch. In einer Studie wiesen 52 Prozent der Kinder mit Obstipation und Enkopresis nach fünfjähriger Behandlung immer noch Symptome auf. Eine andere Studie ergab, dass 30 Prozent der Kinder, die aufgrund einer Verstopfung über einen durchschnittlichen Zeitraum von 6,8 Jahren medikamentös behandelt worden waren, immer noch an einer intermittierenden Obstipation litten.

Wenn sich die Symptomatik eines Kindes nach sechsmonatiger Behandlung trotz guter Compliance nicht bessert, kann die Überweisung an einen pädiatrischen Gastroenterologen gerechtfertigt sein. ■

W.S. Biggs (Midland Family Practice Residency Program, Midland, Michigan) et al.: Evaluation and treatment of constipation in infants and children. *American Family Physician* 2006; 73: 469-477.

Interessenkonflikte: keine

Andrea Wülker