

Reizdarm und chronische Obstipation

Der von Obstipation begleitete Reizdarm und die chronische («idiopathische») Obstipation sind in der Praxis häufig, lästig und reagieren leider gelegentlich nicht wirklich befriedigend auf die gängigen Massnahmen wie Steigerung körperlicher Aktivität, vermehrte Flüssigkeits- und Faserzufuhr sowie Laxanzien.

MEDSCAPE

Das «Medscape»-Fortbildungsmodul der Gastroenterologin Christine L. Frissora beschäftigt sich mit den beiden Beschwerdebildern, versucht Hinweise zur Differenzialdiagnose zu geben und diskutiert die therapeutischen Möglichkeiten.

Reizdarmsyndrom

Das Reizdarmsyndrom ist eine gastrointestinale Motilitätsstörung, die charakterisiert ist durch Abdominalschmerzen oder -beschwerden und in Zusammenhang steht mit einer veränderten Defäkation oder einer Veränderung der Stuhlgewohnheiten. Gemeinhin wird zwischen drei Formen unterschieden:

- *Reizdarm mit Obstipation*
- *Reizdarm mit Diarrhö*
- *Reizdarm mit abwechselnder Obstipation und Diarrhö.*

Für das Reizdarmsyndrom sind internationale diagnostische Charakteristika erarbeitet worden (Rome-II-Kriterien). Diese verlangen, dass Betroffene innert der vorangegangenen 12 Monate für mindestens 12 (nicht notwendigerweise konsekutive) Wochen Abdominalbeschwerden oder -schmerzen hatten, die von zwei dieser drei Eigenschaften begleitet waren: Besserung durch Defäkation, Beginn in Zusammenhang mit einer Änderung der Stuhlfrequenz und/oder Änderung der Stuhlform. Als Begleitsymptome führen die Rome-II-Kriterien an:

Merksätze

- Für die Diagnose eines Reizdarmsyndroms mit Obstipation bestehen international akzeptierte Kriterien.
- Von einer chronischen Obstipation ausserhalb des Reizdarmsyndroms ist auszugehen, wenn Schmerzen und abdominelle Beschwerden gegenüber der Veränderung von Defäkation und Stuhlfrequenz nicht im Vordergrund stehen.
- Die Unterscheidung zwischen obstipiertem Reizdarm und chronischer Obstipation ist nicht immer sicher zu treffen, hat für die Evaluation und die gängigen therapeutischen Massnahmen aber auch kaum grössere Bedeutung.
- Bei beiden Zuständen ist die Erfassung von Alarmzeichen, die weiterer Abklärung bedürfen, wichtig.
- Fehlen solche Alarmzeichen, kann eine empirische Therapie (Lifestyle-Massnahmen, Laxativa) ohne grosse Abklärungen begonnen werden.

■ *< 3 Defäkationen pro Woche*

■ *> 3 Defäkationen pro Tag*

■ *harte oder klumpige Stühle*

■ *weiche oder wässrige Stühle*

■ *Pressen bei der Entleerung*

■ *Stuhldrang*

■ *Gefühl der unvollständigen Entleerung*

■ *Abgang von Schleim bei der Defäkation*

■ *abdominelles Völlegefühl und Blähungen.*

Für die Diagnose des obstipierten Reizdarmsyndroms nach Rome II wird gefordert:

■ *Pressen bei > 25 Prozent der Defäkationen*

■ *klumpige oder harte Stühle bei > 25 Prozent der Entleerungen*

■ *Gefühl der unvollständigen Darmentleerung bei > 25 Prozent der Defäkationen*

■ *Gefühl einer anorektalen Blockade bei > 25 Prozent der Defäkationen*

Tabelle 1: Häufige Ursachen für eine sekundäre Obstipation

- **Medikamente:** Analgetika (besonders Opiode, selbst in niedriger Dosierung); Anticholinergika; Antidepressiva; Kalziumantagonisten; Diuretika; Levodopa; nichtsteroidale Antirheumatika; Laxativa (bei Missbrauch) u.a.m.
- **endokrine und metabolische Störungen:** Hypothyreose; Hyperkalzämie; Hyperparathyreoidismus; Diabetes
- **neurologische Erkrankungen:** M. Hirschsprung; autonome Neuropathie; Multiple Sklerose; M. Parkinson
- **psychogene Störungen:** Angst; Depression; Somatisierung; Essstörungen
- **Magen-Darm-Erkrankungen:** Kolonkarzinom; Analfissur; Mukosaprolaps; M. Crohn; Strikturen
- **Lifestyle:** inadäquate Faser- und Flüssigkeitszufuhr; Inaktivität; Vernachlässigung des Stuhldrangs

■ *manuelle Manöver, um die Stuhlentleerung zu erleichtern bei > 25 Prozent der Defäkationen*

■ *≤ 3 Defäkationen pro Woche.*

Da diese Kriterien doch reichlich restriktiv sind, schlägt die Arbeitsgruppe für funktionelle gastrointestinale Störungen des American College of Gastroenterology für die Praxis eine breitere Definition vor: «Abdominalbeschwerden, begleitet von veränderten Stuhlgewohnheiten».

Das Reizdarmsyndrom ist häufig und soll 10 bis 15 Prozent der US-amerikanischen Bevölkerung betreffen. Allerdings nimmt vermutlich nur ein Bruchteil der Betroffenen ärztliche Hilfe in Anspruch. Wie häufig die drei erwähnten Unterformen sind, ist schwierig zu erfassen, da der Verlauf der Reizdarmerkrankung oft variabel ist und Episoden von Aktivität und Remissionen kennt. In einer Studie blieben nur 46 Prozent der obstipierten und 51 Prozent der diarrhoischen Reizdarmpatienten über den Beobachtungszeitraum in derselben Gruppe, die übrigen wechselten, wobei ein Umkippen von Obstipation in anhaltende Diarrhö selten ist.

Die meisten Betroffenen suchen wegen ihrer Reizdarmbeschwerden erstmals im Alter zwischen 30 und 50 Jahren ärztliche Hilfe. Ein Beginn des Reizdarmsyndroms über 40 Jahre ist ungewöhnlich (allenfalls verursacht durch Infektion, Medikamente, Trauma oder Cholezystektomie).

Das Reizdarmsyndrom kommt oft zusammen mit anderen gastrointestinalen Störungen vor und teilt teilweise deren Symptome, so funktionelle Dyspepsie, gastroösophagealer Reflux oder auch Zöliakie. Reizdarmsymptome, erinnert Christine Frissora, überlappen auch mit denjenigen des chronischen Erschöpfungssyndroms, einer Fibromyalgie oder einer Depression. Ungefähr die Hälfte der Reizdarmpatientinnen und -patienten – Frauen sind allgemein deutlich häufiger

betroffen – klagt über mindestens ein nichtgastrointestinales Zusatzsymptom wie Kopfweg, Rückenschmerzen, schlechten Schlaf oder Müdigkeit. Umgekehrt gehen Schätzungen davon aus, dass 48 Prozent der Fibromyalgiepatientinnen, 50 Prozent der Frauen mit chronischen Beckenschmerzen, 51 Prozent derjenigen mit chronischem Erschöpfungssyndrom und sogar 64 Prozent der Patienten mit Kiefergelenksschmerzen Reizdarmsymptome haben.

Das Reizdarmsyndrom ist nicht mit einem strukturellen Befund oder einem biologischen Marker assoziiert, weshalb die Diagnose auf den Symptomen – und der Urteilskraft und Einschätzung der Ärztin, des Arztes – beruht. Die neuere Forschung hat die wichtige Rolle von Serotonin innerhalb des enterischen Nervensystems etabliert. Von den verschiedenen Untertypen der Serotoninrezeptoren scheinen die 5-HT₃- und 5-HT₄-Rezeptoren den grössten Einfluss auf die Darmfunktion zu haben.

Chronische Obstipation

Für das Beschwerdebild der Verstopfung gibt es keine allgemeingültige Definition, selbst die Definitionen und Kategorien der Experten sind in der medizinischen Literatur inkonsistent, hält Christine Frissora fest. Wichtig ist, dass Patienten und Ärzte in ihren Definitionen der Obstipation sehr oft nicht übereinstimmen. Ärzte richten ihr diagnostisches Augenmerk mehr auf die Häufigkeit der Stuhlentleerungen, für von chronischer Verstopfung Betroffene sind jedoch andere Symptome (harte Stühle, Pressen, Notwendigkeit manueller Manipulationen, Gefühle von unvollständiger Entleerung oder Aufgeblähtsein) ebenso wichtig. In der Praxis ist es gelegentlich schwierig, eine chronische Obstipation von einem obstipierten Reizdarmsyndrom zu unterscheiden. Da Evaluation und Management entlang ähnlicher Bahnen verlaufen, ist diese Differenzierung vielleicht nur von begrenzter Bedeutung.

Die Verstopfung ist ebenso häufig wie der Reizdarm, die Prävalenzraten schwanken weit zwischen 2 und 28 Prozent, sicher auch Folge des Fehlens einer einheitlichen Definition. Die Obstipation kann primär (idiopathisch) oder sekundär sein. Bei der idiopathischen Obstipation wird gemeinhin unterschieden zwischen:

- *normaler Transitzeit: häufigste Form; für Patienten stehen Schwierigkeiten bei der Entleerung im Vordergrund; allenfalls auch Klagen über Abdominalbeschwerden und psychische Reaktionen darauf; mitunter verminderte Rektumcompliance und/oder reduzierte Wahrnehmung im Rektum*
- *verlangsamter Transitzeit: phasische Kolonmotorik signifikant beeinträchtigt; verlangsamte Kolonpassage der Stuhlmassen; deutlich weniger Peristaltik hoher Amplitude nach den Mahlzeiten; oft geringerer Stuhldrang und kaum Notwendigkeit, bei der Entleerung zu pressen*
- *dyssynerger Defäkation: Dysfunktion von Beckenboden oder Analsphinkter; Verlust der Koordination von Beckenbodenmuskulatur und Sphinkterrelaxation während der Defäkation; Notwendigkeit der manuellen Evakuation.*

Tabelle 2: Alarmzeichen, die weiterer Abklärung oder Überweisung zum Spezialisten bedürfen

- Anämie, okkulte oder offene Blutbeimengung im Stuhl
- abnormer Tastbefund bei der Rektaluntersuchung
- Alter > 50 Jahre; persönliche oder Familienanamnese positiv auf Kolonkarzinom, entzündliche Darmerkrankung, Zöliakie
- abnorme Stoffwechsel-Laborbefunde
- neurologische Symptome
- gynäkologische Probleme
- potenzielle psychiatrische Probleme
- Nichtansprechen auf adäquate Therapie

Auch bei der chronischen Verstopfung gilt, dass nicht alle Patienten nur gerade an einem Obstipationstyp leiden, dass es gewichtige Überlappungen gibt, insbesondere bei dyssynerger Defäkation.

Die Ursachen für eine sekundäre Obstipation sind mannigfaltig:

- *Medikamente*: Analgetika (besonders Opiode, selbst in niedriger Dosierung); Anticholinergika; Antidepressiva; Kalziumantagonisten; Diuretika; Levodopa; nichtsteroidale Antirheumatika; Laxativa (bei Missbrauch) u. a. m.
- *endokrine und metabolische Störungen*: Hypothyreose; Hyperkalzämie; Hyperparathyreoidismus; Diabetes
- *neurologische Erkrankungen*: M. Hirschsprung; autonome Neuropathie; Multiple Sklerose; M. Parkinson
- *psychogene Störungen*: Angst; Depression; Somatisierung; Essstörungen
- *Magen-Darm-Erkrankungen*: Kolonkarzinom; Analfissur; Mukosaprolaps; M. Crohn; Strikturen
- *Lifestyle*: inadäquate Faser- und Flüssigkeitszufuhr; Inaktivität; Vernachlässigung des Stuhldrangs.

Wie unterscheiden sich obstipierter Reizdarm und chronische Obstipation?

Der Schlüssel zur Unterscheidung der beiden Leiden ist das Vorliegen oder Fehlen von abdominalen Schmerzen oder Beschwerden. Diese sind das Kardinalsymptom des Reizdarmsyndroms und müssen für dessen Diagnose vorliegen. Bei der chronischen Obstipation können sie auch vorliegen, stehen aber nicht absolut im Vordergrund und sind für die Diagnose nicht erforderlich. In beiden Situationen ist eine sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung angezeigt, um Alarmsymptome («red flags») nicht zu verpassen.

Alarmzeichen sind:

- *Anämie, okkulte oder offene Blutbeimengung im Stuhl*
- *abnormer Tastbefund bei der Rektaluntersuchung*

- *Alter > 50 Jahre; persönliche oder Familienanamnese positiv auf Kolonkarzinom, entzündliche Darmerkrankung, Zöliakie*
- *abnorme Stoffwechsel-Laborbefunde*
- *neurologische Symptome*
- *gynäkologische Probleme*
- *potenzielle psychiatrische Probleme*
- *Nichtansprechen auf adäquate Therapie.*

Diagnose und Therapie beim Reizdarm mit Obstipation

Eine offene, unterstützende Arzt-Patient-Beziehung ist für die rechtzeitige Diagnose unbedingt erforderlich. Das allgemeine Publikum, aber auch die Patienten mit Reizdarm sind eher schlecht informiert, und auch unter der Ärzteschaft ist die Vertrautheit mit den relevanten diagnostischen Richtlinien nicht immer gegeben, glaubt die Autorin. Wichtig ist es, sich zu vergewissern, dass Patient und Arzt ähnliche Begriffe für ähnliche Symptome benützen.

Eine eingehende Anamnese und körperliche Untersuchung sollten vor Beginn aller Therapieversuche stehen. Dabei ist besonders nach den erwähnten Alarmzeichen zu suchen, und gegebenenfalls hat eine Überweisung zum Spezialisten zu erfolgen.

Bei der Erhebung körperlicher Befunde ist besonders auf palpable Massen, Fissuren, Entzündungszeichen zu achten, und der Rektaluntersuchung (Stuhlimpaktation, -konsistenz, Stuhlfarbe am Handschuh) kommt grosse Bedeutung zu. Sie erlaubt auch eine kursorische Beurteilung des Perineums, der perianalen Sensibilität und der Reflexaktivität und kann so Hinweise auf neurologische Probleme geben.

In Abwesenheit von Alarmzeichen und Hinweisen für häufige Differenzialdiagnosen kann die Diagnose eines Reizdarmsyndroms mit Zuversicht gestellt werden. Die meisten Reizdarmpatienten in der Allgemeinpraxis haben leichtere bis mittelschwere Symptome und sprechen im Allgemeinen auch auf konventionelle Therapien an.

Zu den traditionell an erster Stelle empfohlenen Massnahmen gehören Laxativa und Faserstoffpräparate. Sie sind bei Reizdarmsyndrom oft nur von beschränktem Nutzen, da sie nur gegen ein Einzelsymptom des Beschwerdebildes, die Verstopfung, wirken. Teilweise wird auch über eine Verschlechterung der Beschwerden mit verstärkten Blähungen und Völlegefühl berichtet. Öfters muss man sich hier therapeutisch mit verschiedenen Präparaten, allenfalls auch in Kombination, herantasten. Entgegen den Erfahrungen in Europa, wo Mebeverin (Duspatalin®) zur Therapie des Reizdarms breit empfohlen wird, sieht man in den Vereinigten Staaten die Evidenz für Spasmolytika (insbesondere Anticholinergika) als nicht ausreichend an. Jedenfalls rät Christine Frizzera beim Einsatz von Spasmolytika zur Vorsicht, da sie bei verstopften Patienten eine Obstipation noch verstärken können.

Ebenfalls kritisch sieht die Autorin die Verschreibung von Trizyklika, obwohl diese schon seit über 30 Jahren bei obstipiertem Reizdarm gern verschrieben werden. Sehr positiv

sieht sie hingegen den neueren Wirkstoff Tegaserod (Zelmac®), einen 5-HT₄-Rezeptoragonisten, der die gastrointestinale Motilität beschleunigt und gleichzeitig auch die viszerale Hypersensitivität günstig beeinflusst. Die entsprechende Datenlage ist dank mehrerer grosser Studien gut. Die Fachinformation des in der Schweiz nur für Frauen zugelassenen Präparats enthält einen Warnhinweis auf die Möglichkeit einer ischämischen Kolitis als seltenem Vorkommnis bei Reizdarmpatientinnen mit Obstipation, die mit Tegaserod behandelt wurden. Ein kausaler Zusammenhang konnte jedoch bisher nicht belegt werden. Gelegentlich kommt es bei Therapiebeginn zu vorübergehenden (wenige Tage dauernden) Diarrhöen. Die Zukunft dürfte weitere neue Wirkstoffe, etwa Renzaprid, einen kombinierten 5-HT₃-Antagonisten und 5-HT₄-Agonisten, bringen. Nach den Erfahrungen mit dem chemisch ähnlichen, zurückgezogenen Cisaprid (Prepsulsid*) wird man Renzaprid sicher sorgfältig auf seine kardialen Auswirkungen (QT-Intervall) prüfen.

Diagnose und Therapie bei chronischer Obstipation

Auch bei Patienten mit chronischer Verstopfung ist die sorgfältige Anamnese und Untersuchung ein Muss. Auskünfte über manuelle Manöver und starkes Pressen sind beispielsweise ein deutlicher Hinweis auf eine dyssynerge Defäkation als Ursache des Leidens. Die meisten verstopften Patientinnen und Patienten brauchen keine ausgedehnte Labordiagnostik. Bei entsprechenden Hinweisen lassen sich aber einige Standardtests (Schilddrüsenfunktion, Blutbild, Serum-Kalzium, Glukose, Elektrolyte) sicher vertreten. Liegen keine Alarmzeichen und keine Hinweise auf die erwähnten Ursachen einer sekundären Obstipation vor, wird allgemein eine empirische Therapie, zunächst mit Anpassungen bei der Ernährung und beim Lebensstil, empfohlen. Obwohl körperliches Training sicher eine gesunde Sache ist, konnte nicht bewiesen werden, dass es die Verstopfungssymptome direkt beeinflusst, schreibt Christine Frissora. Auch die Aufforderung, mehr zu trinken, hat wahrscheinlich bloss bei dehydrierten Patienten eine eindeutige Wirkung. Sprechen Patienten auf gesteigerte körperliche Aktivität, vermehrte Flüssigkeitszufuhr und einen erhöhten Faseranteil in der Nahrung positiv an, braucht es weiter keine diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen, die

empirische Behandlung hat dann die Diagnose gestützt. Im Verlauf ist jedoch auf das Hinzutreten neuer Symptome oder auf eine Verschlechterung zu achten.

Quellstoffe (Psyllium, Methylcellulose u.a.) erhöhen das Stuhlgewicht und verbessern den Kolontransit. Führt dies nicht zum Ziel, sind Laxativa der nächste Schritt. Die verschiedenen Vertreter – etwa salinische Laxativa (z.B. Docusat), osmotische Abführmittel (z.B. Magnesiumcitrat, Lactulose, Sorbitol) oder das synthetische Polyethylenglykol (PEG, Makrogol; in Transipeg*) kommen alle in Frage. Wichtige Fingerzeige kann eine systematische Übersicht der klinischen Studien geben, die vor allem für PEG eine gut dokumentierte Wirkung sah, für die Effekte von Psyllium und Lactulose eine etwas weniger gute Dokumentation fand, die Datenlage für alle anderen Abführmittel hingegen als ungenügend einstufte. Dieselbe Review stuft auch den Motilitätsförderer Tegaserod, der in den USA seit einiger Zeit bei Frauen (und Männern) unter 65 Jahren auch zur Therapie der chronischen idiopathischen Obstipation zugelassen ist, aufgrund zweier grosser doppelblinder plazebokontrollierter Studien bei derartigen Patienten als sehr gut dokumentiert ein.

Blieben Therapieversuche mit den bisher erwähnten Massnahmen und Medikamenten erfolglos, schlägt die Stunde der Spezialisten. Gastroenterologen werden dann allenfalls geeignete Testmethoden wie anorektale Manometrie, Ballonexpulsion, Defäkationsproktografie oder eine Bestimmung der Kolontransitzeit durchführen. Für Patienten mit Beckenboden-Dyssynergie kommen Entspannungstraining und Biofeedback in Frage, deren Erfolge sind in klinischen Studien jedoch nicht wirklich gut dokumentiert. ■

Quelle:

Christine L. Frissora (Division of Gastroenterology and Hepatology, Weill Medical College of Cornell University, New York/USA): Diagnosis, treatment, and management of irritable bowel syndrome with constipation and chronic constipation. Das Fortbildungsmodul ist im Internet einsehbar unter:

www.medscape.com/viewprogram/509930_1 (Zugriff am 9.1.06)

Halid Bas

Interessenkonflikte: Die Autorin deklariert Forschungsgelder der Firmen Vela und AstraZeneca, Beratungsaktivität bei Biocodex sowie Vortragstätigkeit für Novartis, Wyeth und GlaxoSmithKline.