

# Chronische Obstipation bei Kindern

Chronische Verstopfung ist bei Kindern keine Seltenheit. Ausgangspunkt ist oft eine schmerzhafte Defäkation, nach der das Kind den Stuhldrang wiederholt unterdrückt, sodass es zur Stuhlretention kommt.

Die Behandlung kann langwierig sein.

## BRITISH MEDICAL JOURNAL

Viele Kinder haben Schwierigkeiten mit der Defäkation: Die Obstipation gehört zu den zehn häufigsten Problemen, mit denen Kinderärzte konfrontiert werden. Greg Rubin und Anne Dale beschreiben im British Medical Journal die Epidemiologie der funktionellen Obstipation bei Kindern sowie die Evidenzbasis für therapeutische Interventionen. Die Autoren unterbreiten Vorschläge zum Management der chronischen Verstopfung.

### Definition der Obstipation bei Kindern

Die durchschnittliche Stuhlfrequenz nimmt in der frühen Kindheit nach und nach ab, von anfangs mehr als vier Stuhlabgängen pro Tag auf 1,2 Stühle täglich, wenn die Kinder vier Jahre alt sind. Typische Merkmale der Obstipation sind seltene Stuhlentleerungen, voluminöse Stühle und Schwierigkeiten oder Schmerzen bei der Defäkation.

Eine funktionelle Obstipation kann nach den Rom-III-Kriterien diagnostiziert werden, wenn mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen:

- zwei oder weniger Defäkationen pro Woche
- Auftreten einer Stuhlinkontinenz-Episode mindestens einmal pro Woche, nachdem das Kind sauber geworden ist
- exzessive Stuhlretention in der Anamnese
- harte Stühle, Schmerzen bei der Defäkation
- Vorliegen grosser Stuhlmassen im Rektum
- anamnestische Angabe grossvolumiger Stühle, die sogar zur Verstopfung der Toilette führen können.

### Welche Kinder bekommen eine Obstipation?

Organische Ursachen (Morbus Hirschsprung, Rückenmark- oder metabolische Probleme etc.) einer Obstipation bei Kindern sind eher selten und machen sich in den ersten Lebensmonaten bemerkbar. Dennoch sollten sie in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden.

## Merksätze

- Eine Obstipation im Kindesalter ist oft ein langfristiges Problem, das über Monate und Jahre behandelt werden muss.
- Es liegen nur wenige Daten zur Wirksamkeit der Behandlungsoptionen bei kindlicher Obstipation vor. Die Therapie basiert überwiegend auf klinischer Erfahrung und Konsensus.
- Kinder mit Obstipation und Stuhlinkontinenz profitieren von regelmässiger Unterstützung und Anleitung zum Toilettentraining.

In 90 bis 95 Prozent liegt bei obstipierten Kindern ein funktionelles Problem vor. Möglicherweise leiden weitere Familienmitglieder an einer Verstopfung. Fallkontrollstudien haben eine Assoziation zwischen ballaststoffarmer Ernährung und Obstipation ergeben. Die meisten Kinder mit Obstipation sind hinsichtlich ihres Entwicklungsstands unauffällig. Ob psychosoziale Faktoren bei der Entwicklung einer Obstipation eine Rolle spielen, ist nicht abschliessend geklärt.

Häufiger Trigger für eine chronische Verstopfung ist eine schmerzhafte Defäkation, nach der das Kind aus Angst vor weiteren schmerzhaften Entleerungen den Stuhldrang wiederholt unterdrückt. So kommt es zu progredienter Stuhlretention, zu einer Distension des Rektums und zu einem Verlust der sensorischen und motorischen Funktion.

### Diagnosestellung

Zunächst muss durch sorgfältiges Befragen der Eltern abgeklärt werden, ob bei dem Kind wirklich eine Obstipation vorliegt: Wie häufig sind die Stuhlentleerungen, welche Konsistenz hat der Stuhl, verhält sich das Kind auffällig? Manche Eltern verwechseln eine Inkontinenz mit einer Diarrhö.

Zur körperlichen Untersuchung gehört die Palpation des Abdomens, bei der eventuell eine Stuhlwalze zu tasten ist. Eine Röntgen-Nativaufnahme kann eine Stuhlwalze zeigen, die im Abdomen nicht zu palpieren ist, doch wird routinemässiges Röntgen nicht empfohlen. Der Wert der rektalen Untersuchung ist umstritten. Manchmal kann sie hilfreich sein, doch manche Ärzte verzichten ganz darauf. Vor einer solchen Untersuchung muss eine gute Vertrauensbasis zwischen dem Arzt und dem kleinen Patienten und auch zwischen Arzt und Eltern bestehen.

## Welche Behandlung hilft?

Die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit verschiedener Behandlungsoptionen ist gering. In therapeutischen Studien wurde der Behandlungserfolg anhand sehr unterschiedlicher Parameter beurteilt (Defäkationen pro Woche, Stuhlkonsistenz, Laxanziengebrauch, Schmerzen und Schwierigkeiten bei der Defäkation etc.).

### Osmotische Laxanzien

Es gibt keine randomisierten, kontrollierten Studien, in denen osmotische Laxanzien bei Kindern mit Placebo verglichen worden wären. Zwei kleine randomisierte Studien fanden keinen signifikanten Unterschied zwischen Lactulose und Lactitol hinsichtlich Stuhlfrequenz und -konsistenz. Beide Substanzen erwiesen sich als nützlich. In einer Studie wurde beobachtet, dass es unter Lactulose eher als unter Lactitol zu Bauchschmerzen und Flatulenz kam.

Eine randomisierte kontrollierte Studie verglich Polyethylenglykol (PEG; z.B. Transipeg®) und Lactulose bei 100 Kindern. Die Behandlung mit PEG war signifikant erfolgreicher und mit weniger Nebenwirkungen verbunden als diejenige mit Lactulose. Eine andere Studie berichtet, dass PEG seltener zu Erbrechen und Nebenwirkungen führt als Lactulose.

### Stimulierende Laxanzien

Ein Cochrane-Review kam zu dem Schluss, dass keine ausreichende Evidenz für die Anwendung und die Wirksamkeit von stimulierenden Laxanzien bei kindlicher Obstipation vorliegt.

## Erstellung eines Behandlungsplans

Die folgenden Empfehlungen basieren auf aktuellen britischen und nordamerikanischen Leitlinien. Zunächst geht es darum, eine gute therapeutische Beziehung zu dem Kind und seinen Eltern aufzubauen, die Ängste von Kind und Eltern ernst zu nehmen und einen Behandlungsplan zu erstellen. Ziel ist es, die im Rektum zurückgehaltenen Stuhlmassen zu entfernen, für regelmäßigen Stuhlgang zu sorgen, der ohne Schmerzen abgesetzt werden kann, und das Kind dazu anzuleiten, die Toilette selbstständig aufzusuchen.

### Initiale Darmentleerung

Ziel der initialen Darmentleerung (Desimpaktion) ist es, das Rektum vollständig von retinierten Fäzes zu befreien. Hohe Dosen an Paraffinöl oder Polyethylenglykol 3350 (drei Tage lang 1 bis 1,5 g/kg/Tag) haben sich als effektiv erwiesen. Die Anwendung von Zäpfchen und Klysmen sowie die manuelle Ausräumung sind umstritten. Viele Pädiater vermeiden rektale Behandlungen wenn irgend möglich. Für Säuglinge kommen Glycerinzäpfchen infrage, für ältere Kinder Zäpfchen mit Bisacodyl (Dulcolax® Bisacodyl und Generika).

### Erhaltungstherapie

Es ist vernünftig, Laxanzien über längere Zeit – Monate bis Jahre – einzusetzen, um für normalen Stuhlgang zu sorgen. Dieses Vorgehen ist besser als zahlreiche Absetzversuche, denen immer wieder eine Desimpaktion folgt. Die Effektivität

osmotischer Laxanzien ist am besten belegt, wobei PEG seltener zu Nebenwirkungen führt als Lactulose. Das Laxans sollte so dosiert werden, dass das Kind weiche, geformte Stühle absetzt.

Die dauerhafte Anwendung von stimulierenden Laxanzien ist umstritten. In der klinischen Praxis werden sie häufig eingesetzt, meist in Kombination mit osmotischen Laxanzien, obwohl die langfristige Anwendung ein atonisches Kolon und eine Hypokaliämie begünstigen kann. Deswegen empfehlen manche Autoren eine intermittierende Anwendung, um ein Rezidiv einer Stuhlimpaktion zu vermeiden.

Auf eine ausreichende Zufuhr an Flüssigkeit und Ballaststoffen ist zu achten, in manchen Fällen ist eine spezielle Ernährungsberatung notwendig. Kind oder Eltern können ein Stuhltagebuch führen, damit sich der Erfolg objektivieren lässt. Das Kind sollte regelmässig und ohne Zeitdruck die Toilette aufsuchen. Erfolgreiche Toilettenbesuche dürfen belohnt werden.

### Umgang mit Inkontinenz

Kind und Eltern müssen zunächst über die unwillkürlichen Prozesse aufgeklärt werden, die zur Stuhlinkontinenz führen: Auch bei Obstipation treten regelmässig rektale Kontraktionen auf, die mit einer Relaxation des inneren Sphinkters verbunden sind. Auf diese Weise gelangt flüssiger Stuhl in die Unterwäsche. Das Kind sollte dabei unterstützt werden, sich auf regelmässige Defäkationen zu konzentrieren und die Unterwäsche zu überprüfen und bei Bedarf zu wechseln.

## Wann überweisen?

Chronisch obstipierte Kinder sollten in folgenden Situationen einem Spezialisten für Obstipation im Kindesalter vorgestellt werden:

- wenn eine organische Ursache vermutet wird
- wenn die Behandlung ohne Erfolg bleibt.

Das Therapieversagen kann bereits früh auftreten, wenn Versuche einer initialen Darmentleerung fehlschlagen, oder später, wenn es nicht gelingt, eine Remission aufrechtzuerhalten.

Wird eine Grunderkrankung vermutet, kann der Hausarzt vor einer Überweisung des Kindes Blutuntersuchungen veranlassen, um die Entzündungsmarker, Schilddrüsenwerte und den Kalziumspiegel zu bestimmen und abzuklären, ob eine Zöliakie vorliegt. ■

Greg Rubin (Centre for Primary and Community Care, University of Sunderland, Sunderland/GB) et al.: Chronic constipation in children. *British Medical Journal* 2006; 333: 1051-1055.

Interessenkonflikte: Greg Rubin war als Berater für Reckitt Benckiser tätig.

*Andrea Wülker*