

Chronische Obstipation

Ursachen – Abklärung – Therapie

Oft haben Patienten mit chronischer Verstopfung schon einige frei erhältliche Behandlungen ausprobiert. Sie erwarten dann beim Arzt eine eingehendere Beschäftigung mit ihrem nicht selten schambehafteten Problem. In der initialen Abklärung stehen genaue Anamnese und körperliche Untersuchung im Zentrum. Das Management stützt sich auf Lifestyle-Beratung, Quellmittel und möglichst schonenden Einsatz von Laxanzien.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS CME BULLETIN

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen bei den meisten Patienten mit chronischer Verstopfung die notwendigen Abklärungen und bei Bedarf Überweisungen an Gastroenterologen oder Chirurgen vor. Überweisungen erfolgen gewöhnlich, weil die Patienten auf eine empirische Therapie nicht ansprechen, die Symptome trotz der Behandlung schlimmer werden oder sich Warnzeichen für eine ernsthafte organische Erkrankung ergeben. Wichtig ist im Zusammenhang mit dem Überweisungsgehehen, dass auch die Langzeitbetreuung gewährleistet bleibt, schreiben Stef Stendardo und Thomas E. Norris in ihrem Fortbildungsbeitrag für die American Academy of Family Physicians.

Spektrum der chronischen Obstipation

Definitionsgemäss bedeutet eine chronische Obstipation weniger als drei Darmentleerungen pro Woche. Die Betroffenen messen jedoch typischerweise Symptomen wie harte Stühle, exzessives Pressen bei der Defäkation, Gefühl der unvollständigen Entleerung und eines aufgetriebenen Abdomens grössere Be-

Merksätze

- Als Hilfe bei der Differenzialdiagnose, zum Ausschluss von Warnzeichen, zur Erfassung des Verstopfungstyps und als Wegleitung für die Behandlung sind präzise Fragen nach früheren gastroenteralen Störungen, nach Medikationen, zu früheren Stuhlgewohnheiten, zur Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und körperlichen Aktivität wichtig.
- Bei Frauen gehört auch eine geburtshilfliche Anamnese dazu, da Rektozelen und Beckenbodenprobleme mit einer chronischen Obstipation in Zusammenhang stehen können.
- Ziel der initialen Behandlung ist die Wiederherstellung einer normalen Darmfunktion mit Symptomlinderung und Vermeidung inadäquater Behandlungsoptionen.
- Die Therapie sollte trotz bescheidener Evidenzlage immer auch Allgemeinmassnahmen (Flüssigkeits-, Faserzufuhr, körperliche Aktivität) umfassen.
- Reicht dies nicht aus, kommen Medikamente beziehungsweise weitergehende Therapien (Chirurgie, Biofeedback) zum Zug.

deutung bei. Als Arzt sollte man sich nicht einfach mit der Selbstdiagnose der Patientin oder des Patienten zufriedengeben, sondern genauere Fragen stellen.

Eine chronische Verstopfung ist entweder primär oder sekundär. Die primäre Obstipation wird in zwei Typen unterteilt:

- verzögerte Transitzeit (Dickdarmträgheit, verlangsamte Darmmotilität)
- normale Transitzeit (funktionell; Patienten klagen trotz normaler Transitzeit über harte Stühle, Defäkationsschwierigkeiten, manchmal auch Schmerzen oder Blähungen).

Die sekundäre Obstipation kann auf eine ganze Reihe von Erkrankungen zurückgehen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Ursachen für sekundäre Obstipation

Erkrankungen

- Gastrointestinal: Kolonkarzinom, Reizdarmsyndrom, Anal-fissur, Rektozele
- Endokrin: Diabetes mellitus (Neuropathie), Hypothyreose, Elektrolytstörungen, Hyperkalzämie, Hypokaliämie
- Psychiatrisch: Depression, Ess-, Angststörungen
- Neurologisch: M. Hirschsprung, M. Parkinson, multiple Sklerose, Rückenmarksverletzung oder -tumor
- Gynäkologisch: Schwangerschaft, Ovarialkarzinom
- Lebensstil (Kofaktoren): inadäquate Faserzufuhr, ungenügende Wasserzufuhr, körperliche Inaktivität, Übergewicht

Medikamente (Beispiele)

- Antazida mit Aluminium (z.B. Alucol®) oder Kalzium (z.B. Rennie®)
- Trizyklische Antidepressiva: Amitriptylin (z.B. Saroten® retard), Nortriptylin (Nortrilen®)
- Antihistaminika: Diphenhydramin (z.B. Benocten®)
- Diuretika: Furosemid (z.B. Lasix®)
- Analgetika: Opioide, nichtsteroidale Antirheumatika
- Kalziumantagonisten: Verapamil (z.B. Isoptin®)
- Antipsychotika: Risperidon (Risperdal®)
- Anticholinergika: Belladonna-Alkaloide
- Antiparkinsonika: Amantadin (z.B. Symmetrel®)

Am häufigsten ist unter den eine sekundäre Obstipation verursachenden Zuständen das Reizdarmsyndrom. Dessen Symptomatik kann mit der einer chronischen Obstipation überlappen, was eine Differenzialdiagnose schwierig macht. Nicht selten spielen auch Medikamente eine Rolle.

Abklärung bei chronischer Obstipation

Essenziell ist eine genaue Anamneseerhebung. Zur Hilfe bei der Differenzialdiagnose, zum Ausschluss von Warnzeichen, zur Erfassung des Verstopfungstyps und als Wegleitung für die Behandlung sind präzise Fragen nach früheren gastroenteralen Störungen, nach allen Medikationen (inklusive kürzlich abgesetzter Präparate), zu früheren Stuhlgewohnheiten, zur Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und körperlichen Aktivität wichtig. Bei Frauen gehört auch eine geburtshilfliche Anamnese (Zahl, Art, Schwierigkeiten vorangegangener Schwangerschaften) dazu, da Rektozelen und Beckenbodenprobleme mit einer chronischen Obstipation in Zusammenhang stehen können. Absolut vital ist die Dauer der Obstipation. Eine neu aufgetretene Verstopfung bei Erwachsenen über 50 Jahre ohne frühere

Obstipationsprobleme ist ein Alarmzeichen, und ein Kolonkarzinom muss ausgeschlossen werden.

Patienten mit chronischer Verstopfung haben oft Hemmungen, über ihr Problem zu sprechen. Ein offener Dialog ist jedoch der Schlüssel zum erfolgreichen Management.

Körperliche Untersuchung

Eine körperliche Untersuchung, die auch neurologische Aspekte und bei Frauen eine Beckenuntersuchung umfassen sollte, kann Ursachen und sekundäre Ätiologien aufdecken helfen. Bei der Rektaluntersuchung ist speziell auf Strikturen, Hämorrhoiden, Rektozele, palpable Massen, Marisken, Blut und harten Stuhl im Rektum zu achten. Bei der Aufforderung zu pressen sollten sich Perineum und Anus um 1,0 bis 3,5 cm senken. Bei Frauen sollte eine rektovaginale Untersuchung zum Ausschluss einer Rektozele erfolgen.

Alarmzeichen

Während der abklärenden Untersuchung sind mögliche Alarmzeichen einer ernsthaften Erkrankung im Auge zu behalten. Dazu gehören:

- Blutabgang per rectum (Hämatochezie), unwillentlicher Gewichtsverlust von mehr als fünf Kilogramm, positive Familienanamnese für Kolonkarzinom oder entzündliche Darmerkrankungen, Anämie, positiver Hämoccult-Test oder akuter Verstopfungsbeginn bei über 50-Jährigen (sofern keine Medikamente eine Erklärung bieten).
- Fehlen des rektoanal inhibitorischen Reflexes (Relaxation des internen Analsphinkters bei Druckerhöhung im Rektum), fokale neurologische Defizite, Rigidität oder andere Zeichen für eine chronische neurologische Erkrankung wie multiple Sklerose oder Parkinsonismus.

Jegliche derartige Zeichen sollten Anlass zu weiterer Abklärung oder Überweisung sein.

Diagnostische Tests

In der initialen Routineabklärung gibt es keine als nützlich etablierten, spezifischen diagnostischen Tests. Allerdings sollten alle Patienten mit verdächtigen Symptomen, Verdacht auf spezifische Obstipationsursachen beziehungsweise mit schwerer oder gegenüber gängigen Therapien refraktärer Verstopfung diagnostisch weiter abgeklärt werden, wozu sich je nach patientenspezifischer Konstellation die Koloskopie (mit oder ohne Doppelkontrasteinlauf), Bariumeinlauf-Radiologie, rektale Balloonexpulsion, Defäkografie oder Tests zur Messung der Transitzeit oder Motilitätsstudien des Beckenbodens eignen.

Management der chronischen Obstipation

Das initiale Management ist empirisch und orientiert sich an den Symptomen. Ziel ist die Wiederherstellung einer normalen Darmfunktion mit Symptomlinderung und Vermeidung inadäquater Behandlungsoptionen. Die Patientenerziehung steht dabei im Zentrum. Meistens haben die Betroffenen schon eigene Behandlungsversuche mit frei erhältlichen Abführmitteln unternommen. Wegen fehlender Wirkung oder unangenehmer

Tabelle 2: **Pharmaka zur Behandlung der chronischen Obstipation**

Medikamente	Nebenwirkungen/Bemerkungen
Quellstoffe Psyllium (z.B. Agiolax® mite, Metamucil®) Polycarbophil, Weizenkleie (z.B. Mucilar®) Methylzellulose	Müssen immer mit ausreichend Wasser eingenommen werden, da sie sonst die Verstopfung verstärken können.
Osmotische Laxanzien Natriumphosphat Magnesiumsalze Lactulose (z.B. Duphalac®) Polyethylenglykol (PEG, Macrogol z.B. Transipeg®)	Magnesium-haltige Produkte sind bei renaler Dysfunktion kontraindiziert. Können Elektrolytgleichgewicht stören.
Darmstimulanzien Rizinusöl, Cascara sagrada, Senna (z.B. Agiolax® mit Senna) Bisacodyl (z.B. Dulcolax®)	Nicht effektiv zur Behandlung der chronischen Obstipation. Sollten daher nicht eingesetzt werden. Nebenwirkungen umfassen Diarrhö, Krämpfe, Elektrolytstörungen und mögliche Allergien. Langzeiteinnahme kann Dehydrierung, Malnutrition und Hepatotoxizität bewirken. Sollten daher wenn möglich vermieden oder nur für eine kurze Zeit eingenommen werden.
Chloridkanalaktivator Lubiproston (in der Schweiz bisher nicht zugelassen)	Kontraindiziert bei gastrointestinaler Obstruktion in der Anamnese. Nicht während Schwangerschaft und Stillzeit einsetzen. Nebenwirkungen umfassen Nausea und Diarrhö.

Nebenwirkungen wie Flatulenz oder Krämpfen melden sie sich dann in der Praxis. Solche frustrierenden Behandlungserfahrungen sollten angesprochen werden.

Therapie der schweren Obstipation

Hierzu stehen drei Optionen zur Verfügung:

- Lifestyle-Veränderungen
- Pharmakotherapie
- andere Therapieformen wie Biofeedback oder Chirurgie.

Lifestyle-Veränderungen

Zwar gelten einige Umstände des Lebensstils bei der Entwicklung der chronischen Verstopfung als mitverantwortlich, die Evidenz, dass Veränderungen des Lebensstils die Symptome einer chronischen Obstipation reduzieren können, ist jedoch begrenzt. Immerhin gilt es als vernünftig, zu einem gesunden Lifestyle zu ermuntern.

Einige wenige Studien haben gezeigt, dass eine verminderte Flüssigkeitszufuhr, vor allem bei älteren Patienten, zu einer verminderten Defäkationsfrequenz und zu einer verlängerten Transitzeit führen kann. Eine Erhöhung der Flüssigkeitszufuhr wird daher für alle Patienten mit chronischer Obstipation empfohlen.

Studien haben auch eine Assoziation zwischen sitzender Lebensweise und Obstipation beziehungsweise der Nützlichkeit körperlicher Aktivität und Symptomlinderung aufgezeigt. In einer Studie bei Patienten mittleren Alters führte eine Kombination von Gehen und Kraft-Beweglichkeits-Training zu signifikant reduzierten Symptomen. Die Hinweise zur Besserung

einer schweren Obstipation durch körperliche Aktivität beruhen auf schwacher Evidenz, aber umgekehrt wurde für Inaktivität beobachtet, dass sie die Kolontransitzeit verlängert. Ähnlich wie für fehlende körperliche Betätigung ist auch für einen niedrigen Fasergehalt in der Ernährung nicht anzunehmen, dass er allein eine Obstipation verursachen kann, wohl kann dieser Faktor aber dazu beitragen. Eine Erhöhung der Faserzufuhr kann die Stuhlfrequenz und das Stuhlvolumen erhöhen und den Stuhl weicher machen, es handelt sich um eine einfache, kostengünstige Massnahme, die dem Patienten kaum schaden kann, allerdings um den Preis möglicher Flatulenz und Aufgetriebenseins. Unlösliche, weniger fermentierte Fasern (etwa Weizenkleie oder Psyllium [z.B. Agiolax® mite]) führen eher weniger zu Flatulenz als lösliche, stärker fermentierte Ballaststoffe (z.B. Kohl oder Gemüse). Um die unerwünschten Wirkungen zu minimieren, empfiehlt es sich, den Faseranteil in der Ernährung nur schrittweise zu erhöhen.

Pharmakologische Therapie

Patienten, bei denen die Beratung hinsichtlich körperlicher Aktivität, Flüssigkeits- und Faserzufuhr nicht ausreicht, benötigen eine medikamentöse Behandlung der Obstipation. *Tabelle 2* gibt dazu Hinweise.

Sind Patienten nicht in der Lage, mit der normalen Ernährung ausreichende Fasermengen zu sich zu nehmen, können entsprechende Supplemente verordnet werden. Für Psyllium (Floh-samen) liegen im Gegensatz zu den anderen Quellstoffen einige Studien vor, die eine Erhöhung des Stuhlvolumens und weichere Stühle dokumentieren.

Osmotische Laxanzien sollten nach Möglichkeit kurzen Behandlungszyklen vorbehalten sein. Am besten sind solche, die Wasser ins Kolon ziehen und so die Stuhlpassage erleichtern. Lubiproston ist ein lokal wirkender Chloridkanal-Aktivator, der von der US-amerikanischen Food and Drug Administration zur Behandlung der chronischen Obstipation bei Erwachsenen (auch über 65 Jahre) zugelassen wurde. Der in der Schweiz bisher noch nicht zugelassene Wirkstoff erhöht die intestinale Flüssigkeitssekretion, macht den Stuhl weich und reduziert abdominale Symptome.

Einige weitere Substanzen mit teilweise unbekanntem Wirkmechanismus und Hinweisen zu einer Wirksamkeit bei chronischer Obstipation, aber fehlender entsprechender Zulassung, sind Misoprostol, Bethanechol, Pyridostigmin.

Andere Behandlungen

Sprechen die Beschwerden nicht auf die Basistherapie an, sind weitere Schritte notwendig. Zugrunde liegende Störungen, etwa eine Hypothyreose, sollten direkt durch Substitution behandelt werden. Wenn die Verstopfung auf ein Medikament

zurückgeht, sollte dieses nach Möglichkeit abgesetzt oder gegen ein geeigneteres ausgetauscht werden.

Bei Beckenbodendysfunktion kann Biofeedback eine nützliche Behandlung darstellen. Nach einigen Studien soll Biofeedback auch bei Obstipation mit langsamem Transit wirken.

Für Patienten mit schwerer refraktärer Obstipation können chirurgische Eingriffe (z.B. Kolonresektion bei M. Hirschsprung, subtotale Kolektomie mit ileorektaler Anastomose) zur Behebung einer Obstruktion, einer Rektozele oder Kolonimmobilität hilfreich sein. Dysmotilität des Dünndarms und schwere psychologische Komorbidität sind Kontraindikationen für chirurgische Eingriffe. ■

Stef Stendardo, Thomas E. Norris: *Diagnosis and Management of Chronic Constipation. American Academy of Family Physicians CME Bulletin Vol. 6, No. 1, March 2007.*

Interessenlage: Die Autoren der Originalpublikation deklarieren, keine Interessenkonflikte zu haben.

Halid Bas

LESERZUSCHRIFT

«AKTIVKOHLE BEI DIARRHÖ NÜTZLICH»

Zuschrift zum Beitrag «Durchfall bei Reisenden und Reiserückkehrern», ARS MEDICI 16/07, S. 794–801

In diesem Artikel schreiben Sie unter der Rubrik «Therapie der Reisediarrhö»: «Aktivkohle wird zwar häufig eingesetzt, ihre Wirksamkeit ist jedoch nicht belegt.»

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Aktivkohle bei Diarrhö als nützlicher Ergänzungsstoff verwendet wird. Es wurde nachgewiesen, dass Aktivkohle das im Darm durch Beigabe von Lactulose produzierte Hydrogengas bindet. Dadurch wird die Intensität von Blähungen und abdominalen Krämpfen signifikant gesenkt (1, 2).

Die gleiche Wirkung der Aktivkohle auf das Hydrogengas wurde auch für das Produkt Carbolevure gezeigt, das ein Kombinationspräparat aus Hefe und Aktivkohle ist (3).

Carbolevure ist seit Jahren ein von Swissmedic anerkanntes Produkt und in der Indikation Reisediarrhö ein bewährtes Kombinationsmedikament.

*Dr. J.M. Faaes, Head of Medical Affairs
C. Berger, Product Manager
Robapharm AG, 4123 Allschwil*

1. Jain NK et al.: Efficacy of activated charcoal in reducing intestinal gas: a double-blind clinical trial. *Am J Gastroenterol* 1986; 81 (No. 7).
2. Hall R et al.: Effects of orally administered activated charcoal on intestinal gas. *Am J Gastroenterol* 1981; 75 (No. 3). B. Frexinos J.: Effect of Carbolevure on intestinal fermentation induced by indigestion of lactulose. *Int J Clin Pharmacol Res.* 1988; 8 (No 6).