

Neue Leitlinie zur chronischen Obstipation

Eine chronische Obstipation ist häufig mit hohem Leidensdruck verbunden. Die Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie (DGNM) und die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) haben nun eine gemeinsame konsensbasierte Leitlinie zur Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der chronischen Obstipation herausgegeben.

ZEITSCHRIFT FÜR GASTROENTEROLOGIE

Etwa 5 bis 15 Prozent der Allgemeinbevölkerung leiden unter chronischer Obstipation. Die Prävalenz nimmt mit dem Alter zu, und Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Die zugrunde liegenden Pathomechanismen variieren, und bis anhin sind nicht alle aufgeklärt. Aus der verfügbaren Evidenz geht hervor, dass es sich bei der chronischen Obstipation nicht lediglich um eine Befindlichkeitsstörung, sondern um eine Erkrankung handelt, die einer diagnostischen Abklärung bedarf und meist dauerhaft medikamentös behandelt werden muss.

Entsprechend der Leitliniendefinition liegt eine chronische Obstipation vor, wenn die Stuhlentleerungen seit mindestens drei Monaten unbefriedigend verlaufen und zudem mindestens zwei der folgenden Leitsymptome vorhanden sind:

- ❖ starkes Pressen
- ❖ klumpiger oder harter Stuhl
- ❖ subjektiv empfundene unvollständige Entleerung

Merksätze

- ❖ Die Prävalenz der chronischen Obstipation nimmt mit dem Alter zu.
- ❖ Frauen sind häufiger betroffen als Männer.
- ❖ Zu den Ursachen gehören Arzneimittelwirkungen und bestimmte Erkrankungen.
- ❖ Die Behandlung erfolgt stufenweise mit Änderungen des Lebensstils und konventionellen oder neuen Medikamenten.

- ❖ subjektive Obstruktion
- ❖ manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation jeweils bei $\geq 25\%$ der Stuhlentleerungen
- ❖ < 3 Stuhlgänge pro Woche.

Ätiologie und Pathophysiologie

In der Literatur wird häufig eine Verbindung zwischen Obstipation und faserarmer Kost, zu geringer Flüssigkeitsaufnahme, mangelnder Bewegung und Unterdrückung des Defäkationsreizes beschrieben. Ein direkter kausaler Zusammenhang konnte bis anhin jedoch nicht durch evidenzbasierte Daten belegt werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine bereits bestehende Neigung zur Obstipation durch diese Faktoren gefördert wird.

Zu den möglichen Ursachen einer Obstipation gehören mechanische Obstruktionen des Anorektums wie Rektozelen, Enterozelen oder eine Intussuszeption. Reflektorisch bedingte Defäkationsstörungen funktionellen Ursprungs wie eine paradoxe Anspannung des Schliessmuskels oder ein fehlender intrarektaler Druckaufbau bei der Defäkation können ebenfalls eine Behinderung der Entleerungspassage verursachen.

Eine Obstipation kann zudem mit Veränderungen der intestinalen Schrittmacherzellen (interstitielle Cajal-Zellen) sowie enterischen Neuropathien und/oder Myopathien assoziiert sein, da diese Pathologien Motilitätsstörungen des Darms verursachen.

Bestimmte Medikamente und/oder deren Nebenwirkungen führen häufig zu einer sekundären Obstipation. Auch endokrine, neurologische und systemische Erkrankungen können mit einer sekundären chronischen Obstipation verbunden sein, wobei endokrine Ursachen eher selten sind (*Kasten 1*).

Diagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst eine Anamnese mit Analyse des Stuhlverhaltens sowie der Erfassung der Medikamenteneinnahme und potenziell obstipationsverursachender Erkrankungen. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung sollte eine Anusinspektion und eine rektal-digitale Untersuchung mit Prüfung des Sphinktertonus, des Kneifdrucks und des Defäkationsversuchs vorgenommen werden. Sind keine Warnzeichen (z.B. Blut im Stuhl, unerklärlicher Gewichtsverlust, Familienanamnese mit gastrointestinalen Tumoren, Lymphknotenvergrößerung, paradoxe Diarrhöen, Alter über 50 Jahre, progredienter Verlauf oder kurze Anamnese mit starken Beschwerden) vorhanden, kann eine erste Behandlung versucht werden. Bei starken Beschwerden, Warnzeichen

Kasten 1:

Medikamente und Erkrankungen als mögliche Ursache einer Obstipation

Medikamente (Nebenwirkungen)

- ❖ Opiode
- ❖ Anticholinergika
- ❖ trizyklische Antidepressiva
- ❖ Neuroleptika
- ❖ Monoaminoxidasehemmer
- ❖ Antiepileptika
- ❖ Antihistaminika
- ❖ kalziumhaltige Antazida
- ❖ Antihypertensiva
- ❖ Spasmolytika
- ❖ Diuretika
- ❖ Colestyramin (Quantalan®, Ipcol®)

Neurologische Erkrankungen

- ❖ Zentralnervensystem
 - Morbus Parkinson
 - multiple Sklerose
 - zerebrovaskuläre Erkrankungen (Apoplex, Demenz)
 - Morbus Recklinghausen
 - Tabes dorsalis
- ❖ peripheres Nervensystem
 - autonome Neuropathie (Diabetes mellitus)
 - Polyneuritis Guillain Barré
- ❖ traumatische Läsionen
 - Rückenmarkquerschnitt
 - Läsion vegetativer Nervengeflechte (Beckenoperationen)

Endokrine Erkrankungen/Ursachen

- ❖ Hypothyreose
- ❖ Hyperparathyroidismus (Hyperkalzämie)
- ❖ physiologisch: Schwangerschaft (3. Trimester)

Systemische Erkrankungen

- ❖ Kollagenosen (systemische Sklerodermie)
- ❖ Amyloidose (primäre und sekundäre Formen)

Kasten 2:

Diagnostische Verfahren bei schwerer, therapierefraktärer Obstipation

- ❖ Kolontransitstudien
- ❖ anorektale Manometrie
- ❖ Defäkografie
- ❖ Ballonexpulsionstest
- ❖ Kolonmanometrie
- ❖ Untersuchungen der Motilität des oberen Gastrointestinaltrakts
- ❖ histologische und immunhistochemische Untersuchungen
- ❖ erweiterte Diagnostik: neurologische und endokrinologische Zusatzuntersuchungen

oder mangelndem Ansprechen auf die probatorische Behandlung sollten weiterführende Untersuchungen durchgeführt werden (Kasten 2). Leiden Patienten zusätzlich zur chronischen Obstipation unter abdominellen Beschwerden oder Schmerzen, sind die Vorgaben der DGVS-Leitlinie zum Reizdarmsyndrom zu beachten. Eine Stuhlanalyse bezüglich Bakterien oder Pilzen liefert im Zusammenhang mit der chronischen Obstruktion keine relevanten Ergebnisse und sollte deshalb unterbleiben.

Allgemeine Empfehlungen zum Therapiemanagement

In einigen Fällen kann mit der Zufuhr von Ballaststoffen eine Verbesserung der Symptomatik erreicht werden. Zudem kann eine Erhöhung der Ballaststoffzufuhr mitunter den Bedarf an Laxanzien reduzieren. Die tägliche Trinkmenge sollte – wie bei Personen ohne Obstipation – etwa 1,5 bis 2 Liter betragen. Eine darüber hinausgehende Flüssigkeitszufuhr hat sich im Hinblick auf die Verbesserung der Obstipationssymptomatik nicht als wirksam erwiesen. Auch sollte sich der Patient ausreichend bewegen. Vor allem im Alter scheint eine Obstipation mit Bewegungsmangel assoziiert zu sein. Eine Aktivität über das allgemein empfohlene Mass hinaus ist therapeutisch jedoch nicht wirksam. Eine regelmässige Unterdrückung des Stuhldrangs ist ebenfalls zu vermeiden. Ob tatsächlich ein Zusammenhang mit der Entwicklung einer chronischen Obstipation besteht, ist jedoch nicht geklärt. Die Behandlung der chronischen Obstipation sollte nach dem von der Leitlinienkommission entwickelten Stufenschema erfolgen (Abbildung).

Konventionelle medikamentöse Behandlung

Konventionell gelten Macrogol (Polyethylenglycol 3350 bzw. 4000 [PEG]; Movicol® und Generika), Bisacodyl (Dulcolax® und Generika) oder Natriumpicosulfat (Laxoberon® und Generika) bei akuter oder chronischer Obstipation als Medikamente der ersten Wahl (Abbildung). Diese Substanzen haben sich auch in der Schwangerschaft als unbedenklich erwiesen. Bisacodyl und das wirkungsgleiche Derivat Natriumpicosulfat stimulieren die Motilität des Kolons und die Sekretion. Entgegen häufiger Annahmen ist eine Gewöhnung an diese Abführmittel auch nach jahrzehntelangem Gebrauch sehr selten.

Bei chronischer Obstipation können auch prokinetisch und sekretagog wirkende Anthrachinone angewendet werden. Bei Einnahme dieser Laxanzien scheint eine Gewöhnung ebenfalls nur selten aufzutreten, systematische Untersuchungen dazu wurden bis anhin jedoch nicht durchgeführt. Zucker und Zuckeralkohole wie Laktulose (Gatinar®), Lactitol (Importal®), Sorbit und Laktose sind Medikamente der zweiten Wahl zur Behandlung der chronischen Obstipation. Auch diese Substanzen können in der Schwangerschaft gegeben werden. Sie wirken osmotisch und werden von der Darmflora in kurzkettige Karbonsäuren und Gas verstoffwechselt, wobei die Gasbildung von manchen Patienten als störend empfunden wird. Laktulose ist PEG im Hinblick auf Wirksamkeit und Nebenwirkungen unterlegen. Laktulose und die Ballaststoffe Guar oder Ispaghula weisen eine vergleichbare Wirksamkeit auf. Salinische osmotische Laxanzien wie Glaubersalz, Bittersalz und Magnesiumhydroxid sind bei chronischer Obstipation

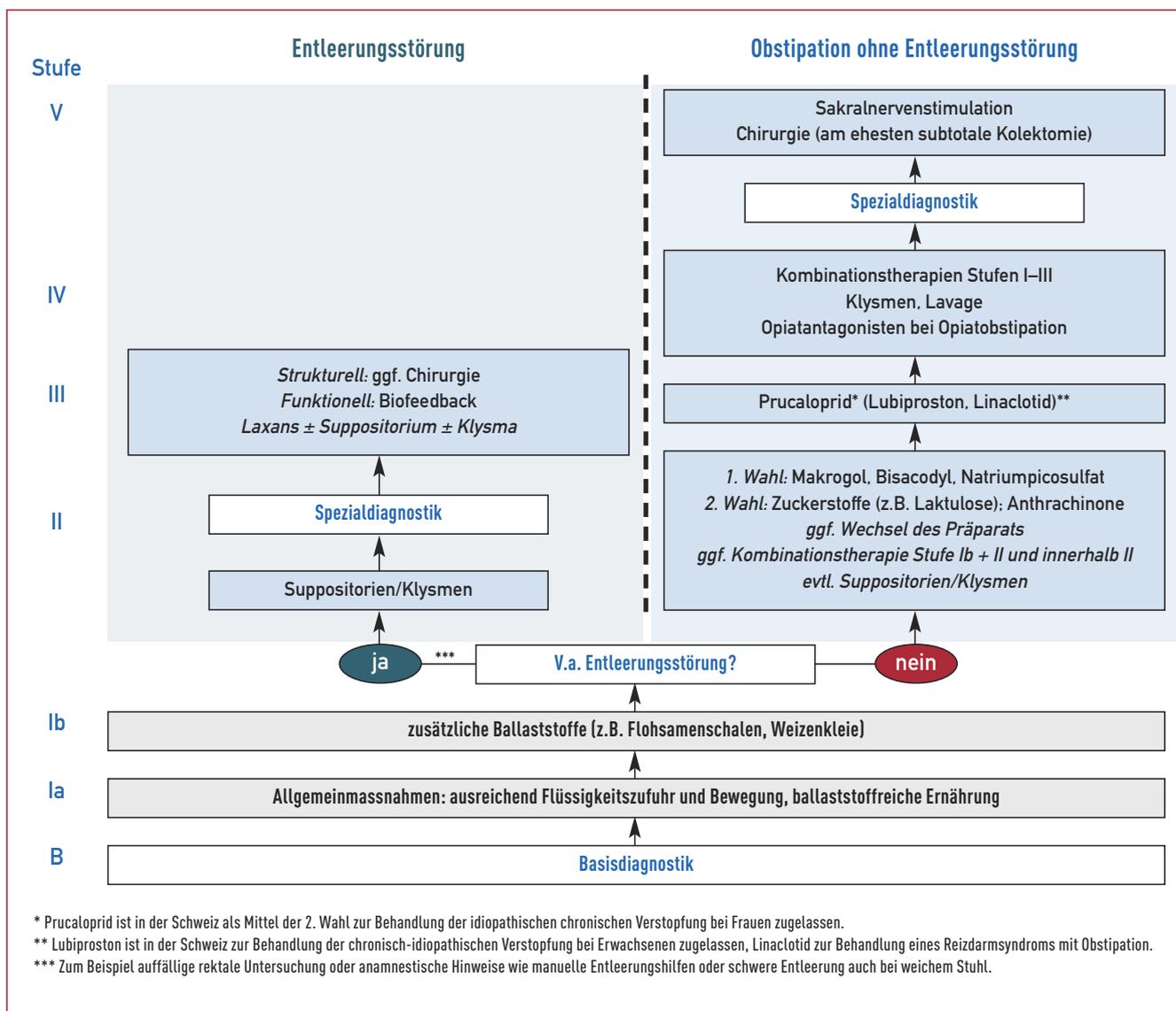


Abbildung: Stufentherapie der Obstipation

zwar wirksam, sollten jedoch eher nicht angewendet werden. Bei Überdosierung von Magnesiumhydroxid kann es zu einer Intoxikation bis hin zum paralytischen Ileus oder zu Nierenversagen kommen. Die anderen Salze können ebenfalls resorbiert werden und sind daher bei Herz- und Niereninsuffizienz problematisch. Von Paraffinöl wird als Behandlungsoption für die chronische Obstipation abgeraten. Hier besteht die Gefahr einer Lipidpneumonie durch Mikroaspiration, und es kann zu einer Störung der Resorption fettlöslicher Vitamine kommen.

Zur rektalen Anwendung eignen sich vor allem Bisacodyl-zäpfchen oder CO₂-freisetzende Suppositorien, die auch in der Schwangerschaft angewendet werden können. Einläufe sollten nicht regelmässig vorgenommen werden, da bei häufiger Durchführung Elektrolytstörungen auftreten können. Obstipationspatienten sprechen sehr unterschiedlich auf konventionelle Laxanzien an, sodass häufig mehrere Versuche mit verschiedenen Substanzen erforderlich sind. Bei unzureichender Wirksamkeit einer Monotherapie können Kombinationen mit Präparaten unterschiedlicher Wirkprinzipien versucht werden.

Neue medikamentöse Behandlungsoptionen

Zu neuen Medikamenten wie Lubiproston (Amitiza®), Alvimopan (nicht im AK der Schweiz) oder Linaclotid (Constella®) basieren die Einschätzungen zur Wirksamkeit derzeit vor allem auf Studienergebnissen. Erfahrungen in der praktischen Anwendung liegen noch nicht vor.

Der prokinetisch wirksame 5-HT₄-Agonist Prucaloprid (Resolor®) sollte Patienten gegeben werden, bei denen Modifizierungen des Lebensstils und konventionelle Laxanzien nicht ausreichend wirksam sind oder schlecht vertragen werden.

Bei Lubiproston handelt es sich um einen Chloridkanalaktivator, der eine Wasser- und Chloridsekretion in das intestinale Lumen induziert und so zu einer Volumenerhöhung und einer Aufweichung des Stuhls führt. Lubiproston kann versucht werden, wenn Lebensstilmodifizierungen, konventionelle Laxanzien und Prucaloprid nicht ausreichend wirksam sind. Die Substanz ist als Reservemedikament zu betrachten, da sie bei etwa einem Drittel der Patienten Übelkeit verursacht und im Tiermodell im Verdacht steht, mit einer erhöhten Rate an Fehlgeburten verbunden zu sein.

Periphere Opioidantagonisten wie Methylnaltrexon (Relistor®), Alvimopan oder Naloxon (Naloxon OrPha®, Naloxon Actavis®) können bei opioidinduzierter Obstipation die periphere Opioidwirkung am Darm blockieren und so die Defäkation erleichtern, ohne die zentral wirksamen analgetischen Effekte zu verringern.

Der Guanylatzyklase-C-Agonist Linaclotid induziert eine Wasser- und Chloridsekretion in das intestinale Lumen, erhöht so das Stuhlvolumen und führt zur Stuhlaufweichung. Zudem lindert die Substanz viszerale Schmerzen. Die Substanz kann bei Patienten angewendet werden, bei denen eine konventionelle Therapie nicht ausreichend wirksam oder schlecht verträglich ist. Linaclotid wird fast überhaupt nicht resorbiert und weist ein sehr günstiges Sicherheitsprofil auf. In bestimmten Fällen kann eine Kombination aus neuen Medikamenten und konventionellen Massnahmen wie Lebensstilmodifikationen und/oder konventionellen Laxanzien versucht werden. Chirurgische Eingriffe sollten nur nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten in Betracht gezogen werden.

Biofeedback

Patienten, deren Obstipation durch eine Beckenbodendyssynergie verursacht wird, sollten ein Biofeedbacktraining erhalten. Bei diesem Verfahren kann der Patient mithilfe einer

analen Sonde und einer visuellen Rückkopplung die Koordination der Schliessmuskelfunktionen trainieren und so die funktionelle Blockade bei der Defäkation verhindern. Bei Patienten, deren Obstipation durch eine Slow-Transit-Obstipation verursacht wird, ist ein Biofeedback nicht von Nutzen. Dagegen kann Biofeedback bei Patienten hilfreich sein, bei denen sowohl eine Beckenbodendyssynergie als auch eine Slow-Transit-Obstipation vorliegt. Alternativ kann bei Beckenbodendyssynergie ein Stuhltraining durchgeführt werden; das ist jedoch weniger effektiv.

Probiotika

Bei funktioneller chronischer Obstipation oder in der Schwangerschaft haben sich Probiotika wie *Bifidobacterium animalis* spp. *lactis* DN-173010, *Lactobacillus casei* Shirota und *Escherichia coli* Stamm Nissle 1917 als wirksam erwiesen. ❖

Petra Stölting

Quelle: Andresen V et al.: S2k-Leitlinie Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Z Gastroenterol 2013; 51: 651–672.

Interessenkonflikte: Die Leitlinie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität finanziert. Eine inhaltliche Beeinflussung erfolgte nicht. Nach Einschätzung der Koordinatoren ergab sich kein Interessenkonflikt, der die Empfehlungen der Leitlinie relevant hätte verzerren können.

Zuschrift zur «Rosenbergstrasse 115» aus ARS MEDICI 20/13. S. 997

Jammern ohne Ende und ohne Lösungen?

Vielen Dank für Ihre gelungenen Formulierungen, diesmal über das grausige Geschehen um Lampedusa. Leider auch hier wieder Jammern ohne Ende und vor allem ohne Lösungen. Wie würde wohl unsere Medienlandschaft verbessert, wenn die Jammerer ohne Lösungsvorschläge empfindliche Bussen bezahlen müssten? Das wär' mal ein Schritt in Richtung einer wahrhaftigen «brave new world». Die von Ihnen angewünschte längere, Erfolg versprechende Möglichkeit gibt es tatsächlich und sie ist von uns Ärzten gar nicht weit weg: Familienplanung! Man kommt zwangsweise auf diese nachhaltigste, humanste und preiswerteste Lösung, wenn man sich die bisherigen jämmerlichen Erfolge der Hilfswerke-Industrie vor Augen führt. Dieses grausige, ohne Familienplanung garantiert nicht zu gewinnende Wettrennen zwischen noch verbleibenden Ressourcen und Bevölkerungswachstum führt nur weiter in Richtung Elend, Armut und Krieg. Afrika wächst mit 2,6 Prozent mehr als doppelt so schnell wie der Welt-durchschnitt mit 1,2 Prozent. Warum muss eine Afrikanerin im Schnitt 4,8 Kinder gebären, wenn sie kaum zwei ernähren und durchbringen kann? Hier kann die gemäss UNO von 220 Millionen Frauen gewünschte Familienplanung wirklich und wahrhaftig eine bis anhin unerreichte effiziente und nachhaltige Hilfe bringen. Eine wie erwähnt

sogar von diesen Frauen selbst erwünschte Familienplanung. Warum also um Gottes Willen Ihr penetrantes Schweigen in dieser Sache zum wiederholten Male? Was hindert Sie, hier eine breite Diskussion anzubahnen? Warum bekomme ich keine Antwort auf derart wichtige Fragen, die ein bisher unbekannt grosses Mass an Heilung für diese geschundene Gesellschaft und den mehr und mehr zertrampelten, einzigen Planeten, den wir haben, bringen? Ist es dieser irrsinnige Wachstumswahn und -glaube, der inzwischen jeden religiösen Extremismus in den Schatten stellt? Ist es schlicht Mangel an Informationen über das relevanteste Thema dieses Planeten? Das ewige Schweigen produziert wahrhaftig groteske Irrtümer um dieses grundlegendste Thema. Wäre es nicht endlich an der Zeit, auch hier der Aufklärung kurz vor der Apokalypse eine Chance zu geben? Was haben denn Sie klügeres in Ihren Gedanken? Schon meinem 19-jährigen Sohn bin ich es schuldig, hierüber laut zu werden, da er beim weitergehenden Nichtstun in dieser Sache die erneute Verdoppelung der Weltbevölkerung in den nächsten 44 Jahren noch wird erleben müssen, wenn Sie und ich schon die Harfe gefasst haben. ■

Peter Meyer, Uitikon-Waldegg