

Chronische Obstipation

Tipps zu Abklärung und Therapie

In der Therapie der chronischen idiopathischen Obstipation gibt es verschiedene Optionen. Doch sollten durch eine sorgfältige Anamnese und Untersuchung andere Ursachen zuvor ausgeschlossen werden. Worauf es hierbei ankommt und welche Therapieoptionen zur Verfügung stehen, erklärte PD Dr. Emanuel Burri, Leiter Gastroenterologie, stv. Leiter des Darmkrebszentrums, Kantonsspital Baselland.

Chronische Obstipation ist ein häufiges Problem. Nicht nur weniger als 3 Stuhlgänge pro Woche, sondern auch qualitative Kriterien wie starkes Pressen, klumpiger und harter Stuhl, inkomplette Entleerung und Blähungen spielen bei der Bewertung eine Rolle (1). Im Gespräch mit dem Patienten über die Stuhlkonsistenz eignet sich die Bristol-Stuhlform-Skala (2). Bei den häufigsten Formen einer primären Obstipation, wie bei einem Reizdarmsyndrom oder einer funktionellen Obstipation, ist die Transitzeit normal, das heisst, die gastrointestinale Passagezeit ist nicht verlängert. Die Gründe für eine sekundäre Obstipation können metabolisch-endokriner, neurologisch-psychiatrischer oder medikamentöser Natur sein oder durch Muskel- und Bindegewebserkrankungen, strukturelle Veränderungen oder Tumorerkrankungen bedingt sein. Von der idiopathischen funktionellen Obstipation ist das Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp abzugrenzen (Tabelle 1).

Abklärung und Therapie

Bei der Abklärung der Obstipation ist die Anamnese inklusive der rektal digitalen Untersuchung wichtig. Bei Alarmzeichen wie Blutungen, Anämie, Gewichtsverlust, Malnutrition, Alter > 50 Jahre, paradoxer Diarrhö oder einer Familienanamnese

für gastrointestinale Tumoren sind zusätzlich zum Basislabor eine Koloskopie und eine Abdomensonografie angezeigt. Ohne Alarmzeichen kann eine probatorische Therapie initiiert werden, mit Reevaluation nach 4 Wochen.

In den meisten Fällen handelt es sich um eine funktionelle Obstipation oder um ein Reizdarmsyndrom. Mit einer laxativen Therapie werden verschiedene Ziele verfolgt. Es wird versucht, die Kolonfüllung zu erhöhen. Dazu eignen sich Ballaststoffe und Quellmittel. Diese Massnahme führt zur Erhöhung der propulsiven Motilität, die durch stimulierende Laxanzien sowie Prokinetika noch weiter verstärkt werden kann.

Basis der Therapie sind jedoch Ernährungsmassnahmen, die auf einer faserreichen Ernährung (20 bis 30 g/Tag) und der Einnahme von Probiotika basieren (z. B. E. coli Nissle, Lactobacillus casei shirota und Bifidobacterium animalis). Einen Fasergehalt von über 10 Prozent enthalten Roggen, Roggenknäckebrötchen, Roggenvollkornmehl oder -schrot sowie Weizenkleie (Tabelle 2).

Bringt das keine befriedigende Besserung, kommen medikamentöse Massnahmen zum Einsatz (Tabelle 3). Dabei können lösliche Fasern (z. B. Flohsamen, Sterculia) und nicht lösliche Fasern verabreicht werden. Das erhöht das Stuhlvolumen,

Tabelle 1:

Unterscheidungskriterien

(Idiopathische) funktionelle Obstipation

≥ 2 Symptome während ≥ 3 Tagen pro Monat während der letzten 3 Monate mit Symptombeginn ≥ 6 Monate:

- ▲ starkes Pressen ≥ 25%
- ▲ klumpiger oder harter Stuhl ≥ 25%
- ▲ Gefühl der inkompletten Entleerung ≥ 25%
- ▲ Gefühl der anorektalen Obstipation ≥ 25%
- ▲ manuelle Manöver bei der Defäkation ≥ 25%
- ▲ < 3 Stuhlgänge pro Woche

Reizdarmsyndrom

Rezidivierende abdominale Schmerzen während ≥ 1 Tag pro Woche während der letzten 3 Monate mit Symptombeginn vor > 6 Monaten, assoziiert mit ≥ 2 Symptomen:

- ▲ Beschwerden im Zusammenhang mit der Defäkation
- ▲ assoziiert mit einer Änderung der Stuhlfrequenz
- ▲ assoziiert mit einer Änderung der Stuhlkonsistenz
- ▲ klumpiger oder harter Stuhl ≥ 25%

Quelle: modifiziert nach (1) und E. Burri, FOMF 2020

Tabelle 2:

Faserreiche Lebensmittel

Fasergehalt (g/100g)

> 10%	Roggen, Roggenknäckebrötchen, Roggenvollkornmehl/-schrot, Weizenkleie
5-10%	Datteln, Dinkel, Erdnüsse, Feigen, Gerste, Graupen, Haferflocken, Haselnüsse, Holunderbeeren, Mais, Mandeln, Nüsse, Pumpernickel, Quitten, Roggenmehl, Roggenmischbrot, schwarze Johannisbeeren, Sultaninen, Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Walnüsse, Weizen, Weizengriess, Weizenmehl Type 1050
2-5%	Äpfel, Aprikosen, Artischocken, Avocados, Bananen, Birnen, Blumenkohl, Bohnen, Erbsen, Fenchel, Grünkohl, Heidelbeeren, Himbeeren, Karotten, Kürbis, Linsen, Rosenkohl, Sauerkraut, Toastbrot, Weizenbrötchen, Weizenmehl Type 405 und 550, Weizenmischbrot, Zwiebeln
< 2%	Ananas, Auberginen, Erdbeeren, Gurken, Kartoffeln, Kirschen, Kopfsalat, Mandarinen, Melonen, Pfirsiche, Pflaumen, Spargel, Tomaten, Weintrauben, Zucchini

Quelle: E. Burri, FOMF 2020

was zu einer direkten Stimulierung der Sekretion und der Motilität führt. Osmotische Laxanzien wie Zuckeralkohole (z. B. Lactulose, Lactilol) werden nicht resorbiert und führen zu einer reduzierten Stuhlviskosität und einer erhöhten fäkalen Biomasse (Tabelle 3). Beste Evidenz (Klasse I, Grad A)

besteht für das Polyethylenglykolpräparat Macrogol, ein langkettiges Zuckeralkohol. Salze induzieren den Wassereinstrom in den Darm und sollten bei älteren Patienten vorsichtig und bei jenen mit Nierenfunktionsstörung gar nicht angewendet werden.

Pflanzliche Anthrachinone wie Senna und Frangula oder synthetische Alkohole wie Bisacodyl und Natriumpicosulfat haben einen stimulierenden Effekt, der die propulsive Aktivität des Darms anregt. Sie reduzieren die Wasserrückresorption im Darm und erhöhen die Stuhlfrequenz (1).

Bei schwerwiegender Obstipation können Prokinetika wie Linaclotid, Lubiproston oder Prucaloprid zum Einsatz kommen, deren Evidenzlage gemäss Burri gut ist.

Wichtig sei bei einer Therapie jedoch auch die Einnahmedisziplin, die gerade bei abnehmender Symptomatik schlechter werde und sich erst bei zunehmenden Symptomen wieder verbessere. Um Schwankungen zwischen Diarrhö und Obstipation zu vermeiden, bedürfe es deshalb einer konstanten Therapie, die man langsam steigern oder reduzieren. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Gastroenterologie» FOMF-WebUp 6. April 2020.

Referenzen:

1. Lacy BE et al.: Bowel disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1393-1407.
2. Lewis SJ et al.: Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol 1997; 32: 920-924.

Tabelle 3:

Therapeutika bei Obstipation (Auswahl)

Klassen	Stoffe	Präparate	Evidenz
Lösliche Fasern	Flohsamen Sterculia Leinsamen	Metamucil® Colosan mite® Linoforce®, Linomed®	Evidenzklasse II, Grad B
Nicht lösliche Fasern	Zellulose	Cellulosum	Evidenzklasse III, Grad C
Salze	Natriumsulfat Magnesiumsulfat Natriumhydrogensulfat	Glaubersalz Bittersalz Practo-Clyss®	Evidenzklasse II, Grad B
Kurzkettige Zuckeralkohole	Lactulose Lactitol Sorbitol Mannitol	Duphalac® Importal® Microlax® Mannite Actipharm®	Evidenzklasse II-III, Grad B-C
Langkettige Zuckeralkohole (PEG)	Macrogol	Transipeg®, Movicol®, Laxipeg®	Evidenzklasse I, Grad A
Pflanzliche Anthrachinone	Senna Frangula Rizinusöl	Agiolax®, X-prep® Colosan plus®	Evidenzklasse III, Grad C
Synthetische Alkohole	Bisacodyl Natriumpicosulfat	Dulcolax® Laxoberon®	Evidenzklasse II, Grad B
Prokinetika	Linaclotid Lubiproston Prucaloprid	Constella® Amitiza® Resolor®	Evidenzklasse IIa, Grad B

Quelle: E. Burri, FOMF 2020