

Chronische Verstopfung

Therapie den Symptomen anpassen

Patienten, die mit chronischen Obstipationsbeschwerden in die Praxis kommen, waren in der Regel mit ihrem Problem schon bei anderen Ärzten. Sich die Symptome genau beschreiben zu lassen, sei sehr wichtig sowohl für die Abklärung als auch für die Therapie, betonten zwei Expertinnen an der United European Gastroenterology Week, und erklärten, worauf zu achten sei.



Foto: vh

PD Dr. Henriette Heinrich

Etwa 40 Prozent der Patienten mit anorektaler Dysfunktion haben eine Überlappung von Verstopfungssymptomen und Stuhlinkontinenz, Obstipation ist dabei aber das häufigere Symptom. Bei der Abklärung sei es deshalb wichtig, nach den Symptomen zu fragen und nicht nur nach der Anzahl Stuhlgänge, empfahl PD Dr. Henriette Heinrich, St.-Anna-Klinik, Luzern, und Universität Zürich. Für die Abklärung wichtig sind auch die eingenommenen Medikamente, die eventuell als Nebenwirkung eine Obstipation auslösen. Zur klinischen Untersuchung gehöre die äusserst unbeliebte digital-rektale Untersuchung, die jedoch mit einer sehr hohen Detektionsrate die beste Testmethode zur Untersuchung des Sphinktertonus darstelle, so Heinrich. Erfahrene Untersucher entdecken damit Dyssynergien zu 73 Prozent (vs. anorektale Manometrie) bei Patienten mit chronischer Verstopfung, und die Erkennungsrate für einen normalen analen Ruhe- beziehungsweise Pressdruck liegt bei 86 und 82 Prozent (1). Diese einfache, günstige und sehr informative Untersuchung sollte viel häufiger durchgeführt werden, so Heinrich.



Foto: vh

Prof. Maura Corsetti

Reizdarm oder funktionelle Obstipation?

Für die medikamentöse Therapie der chronischen Obstipation sei es in einigen Punkten wichtig zu wissen, ob der Patient unter einer funktionellen Obstipation leide oder unter einem Reizdarmsyndrom mit Obstipation als Hauptsymptom (irritable bowel syndrome with constipation, IBS-C), erklärte Prof. Maura Corsetti, Nottingham Digestive Diseases Biomedical Research Centre, Nottingham (UK), an der UEG-Week. Von einer funktionellen Obstipation ist die Rede, wenn während der letzten 3 Monate 2 der folgenden Symptome aufgetreten sind:

- ▲ über 25 Prozent der Stuhlgänge sind schmerzhaft
- ▲ über 25 Prozent der Stühle sind klumpig oder hart
- ▲ über 25 Prozent der Entleerungen fühlen sich inkomplett an
- ▲ bei über 25 Prozent der Stuhlgänge besteht das Gefühl einer anorektalen Verstopfung oder Blockade

▲ bei über 25 Prozent der Entleerungen wird digital nachgeholfen

▲ weniger als 3 spontane Defäkationen pro Woche.

Treten zusätzlich wiederkehrende abdominale Schmerzen auf, ist das ein Hinweis auf ein IBS-C (2).

Die Behandlung der chronischen Obstipation teilt sich gemäss einem neuen Behandlungsschema (3) in 4 Schritte auf. Im ersten Schritt sollen Lebensstilmodifikationen angeregt werden, insbesondere eine Ernährung mit mehr Faseranteil, Flüssigkeit, Probiotika und auch mehr Bewegung.

Der zweite Schritt besteht aus der Gabe von osmotischen Laxanzien wie beispielsweise Polyethylenglykol (bzw. Macrogol) (1–2 Sachets/Tag), wenn die Massnahmen der ersten Stufe nicht erfolgreich waren. Reicht das nicht aus, kann mit stimulierenden Laxanzien wie Bisacodyl oder Picosulfat kombiniert werden. Bleibt der Erfolg auch damit aus, kann bei Patienten mit funktioneller Obstipation die Kombination oder der Wechsel auf das Prokinetikum Prucaloprid (1–2 mg/Tag) helfen. Für Patienten mit IBS-C besteht der nächste Schritt aus der Gabe von Linaclotid 290 µg oder anderen Sekretagoga. Bei Patienten mit funktioneller Obstipation stellt die Gabe von Linaclotid (in halber Dosierung) oder anderen Sekretagoga den nächsten und letzten Schritt nach dem erfolglosen Laxanzienversuch dar.

Wenn sich die Obstipationssymptome bei IBS-C-Patienten verbessern, jedoch die Schmerzen persistieren, können Neuromodulatoren oder Spasmolytika einen Versuch wert sein. Bei Patienten, denen trotz all diesen Massnahmen keine Symptomlinderung verschafft werden kann, sind weitere Untersuchungen zur anorektalen Funktion angezeigt. Dazu gehören der Ballonexpulsionsstest, die Defäkografie und die anorektale Manometrie. Liefern diese Untersuchungen Hinweise auf eine abnormale Funktion, kann der Patient einer Biofeedback-Therapie oder anderen alternativen Methoden je nach lokal verfügbarer Expertise zugewiesen werden. ▲

Valérie Herzog

Quelle: United European Gastroenterology Week (UEGW), 3. bis 5. Oktober 2021, virtuell.

Referenzen:

1. Tantiphlachiva K et al.: Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010;8(11):955-960. doi:10.1016/j.cgh.2010.06.031
2. Mearin F et al.: Bowel Disorders. Gastroenterology. 2016;S0016-5085(16)00222-5. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031
3. Corsetti M et al.: Chronic constipation in adults: Contemporary perspectives and clinical challenges. 2: Conservative, behavioural, medical and surgical treatment. Neurogastroenterol Motil. 2021;33(7):e14070. doi:10.1111/nmo.14070