

Chronische Verstopfung

Tipps zur Abklärung und Behandlung

Chronische Verstopfung kann banale oder weniger banale Ursachen haben. Wie diese abgeklärt werden und wie eine chronische Verstopfung funktioneller Natur zu behandeln ist, war am Jahreskongress der United European Gastroenterology (UEG Week) in Wien zu hören.

Fotos: vh



Dr. Jordi Serra



PD Dr. Viola Andresen

Obstipation ist eine subjektiv empfundene inkomplette oder zu seltene Defäkation. Bei chronischer Verstopfung sei die Ursachensuche sehr wichtig, betonte Dr. Jordi Serra, University Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (E). Eine ausführliche Anamnese umfasst die Symptome im Zeitverlauf, die Anzahl Darmbewegungen, Trigger, bereits ergriffene Massnahmen, Defäkationsmanöver wie auch Ess- und Stuhlgewohnheiten. Aktuell eingenommene Medikamente für andere Erkrankungen können als Nebenwirkung ebenfalls zu Verstopfung führen (1) (Tabelle 1). Auf Alarmsymptome wie Alter ab 50 Jahren, unbeabsichtigter Gewichtsverlust, Blut im Stuhl, Anämie, Fieber, starke Bauchschmerzen und kolorektale Tumoren in der Familie müsse ebenfalls geachtet werden, so Jordi weiter. Die klinische Untersuchung sollte eine neurologische Abklärung mit der Frage nach Parkinson und eine abdominale Untersuchung beinhalten. Mit einer Tastuntersuchung des Analkanals mit dem Finger lassen sich Hämorrhoiden, Rektozele, Impaktionen oder strukturelle Abnormitäten auf-

decken. Diese Tastuntersuchung empfiehlt Serra bei jedem Patienten mit chronischer Verstopfung durchzuführen.

Medikamentöse Massnahmen

Handelt es sich bei der Verstopfung um eine funktionelle Störung und führen Massnahmen wie mehr trinken, mehr Bewegung und mehr Nahrungsfasern zu keiner befriedigenden Besserung, ist der Einsatz von konventionellen Laxanzien die nächste Option (Tabelle 2). Die damit erwirkte Wasserretention führt im Darm zur Stuhlerweichung und regt die Darmtätigkeit an. Dazu führen zum Beispiel Quellstoffe wie beispielsweise Sterculia-Gummi oder Flohsamen. Osmotische Laxativa (verschiedene Salze wie z.B. Magnesium-, Natriumsulfat) wie auch isoosmotische Laxanzien (z.B. Macrogol) halten durch erhöhte Salzkonzentration ebenfalls Wasser im Darm zurück. Auch Zuckeralkohole wie Lactulose erhöhen den Wassergehalt im Darm. Die Vergärung im Darm führt zu einer Erhöhung des Säuregehalts und hält das Wasser zurück, was in einer Aufweichung des Stuhls resultiert.

Die Verstopfung kann auch durch stimulierende Laxanzien wie die Klasse der Diphenole (Bisacodyl oder Natriumpicosulfat) und der Anthrachinonderivate (z.B. Senna) aufgelöst werden. Diese regen die Sekretion von Elektrolyten und Wasser in das Darmlumen an und hemmen gleichzeitig deren Rückresorption aus dem Darm. Das bewirkt eine Volumenzunahme im Darm, was die Peristaltik anregt.

Sekretagoga wie Lubiproston und Linaclotid regen die Sekretion ebenfalls an und hemmen die Rückresorption.

Für sehr viele Patienten sei eine Therapie mit Macrogol sehr hilfreich, so PD Dr. Viola Andresen, Israelitisches Krankenhaus Hamburg (D).

In einem systematischen Review zeigte sich für Macrogol mit und ohne Elektrolyte eine Verbesserung der wöchentlichen Stuhlfrequenz um nahezu das Doppelte, verglichen mit Placebo und anderen Laxanzien wie Serotoninagonisten und Lactulose (2). Mögliche Nebenwirkungen wie Diarrhö, Blähungen und Abdominalkrämpfe können auftreten.

Falls die Therapie nicht genügend anschlägt, kann das Prokinetikums Prucaloprid, ein Serotoninagonist, zum Einsatz kommen. Dieser erhöht die spontanen Darmbewegungen im Vergleich zu Placebo ebenfalls signifikant, wie eine Metaanalyse zeigte (3). Meist transiente Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Übelkeit und Diarrhö können dabei vor allem zu Therapiebeginn auftreten.

Tabelle 1:

Medikamentenklassen, die zu Verstopfung führen können

Analgetika	Opioide, nicht steroidale Entzündungshemmer (NSAID)
Anticholinergika	z.B. trizyklische Antidepressiva, Antiparkinsonika, Antipsychotika
Antikonvulsiva	
Antihypertonika	z.B. Kalziumkanalblocker, Diuretika, Betaagonisten
Ionenaustauscherharze	Colestyramin, Colestipol
Kationen	z.B. Aluminium, Kalzium, Eisen, Wismut
Chemotherapeutika	
Diverse	z.B. Bariumsulfat, Kontrazeptiva, Alendronsäure
Quelle: mod. nach (1)	

Tabelle 2:

Medikamente gegen Verstopfung (Auswahl)

Substanzklasse	Substanzen	Indikation	Dosierung
Quellstoffe	indischer Flohsame (Metamucil®), Sterculia-Gummi (Colosan®)	Obstipation	je nach Präparat
Osmotika	Macrogol (Laxipeg®, Isocolan®, Macrogol-Mepha®, Macrogol Sandoz®, Molaxole®, Movicol®, Paragar Macrogol®, Transipeg®)	Obstipation	je nach Präparat
	Magnesiumsulfat, Natriumsulfat, Magnesiumsalze	Obstipation	je nach Präparat
Stimulierende Laxanzien	Anthrachinone (z.B. Senna) Bisacodyl (z.B. Dulcolax® Bisacodyl)	Obstipation	je nach Präparat
	Natriumpicosulfat (z.B. Dulcolax® Picosulfat, Laxoberon®, Picoprep®)	Obstipation	je nach Präparat
Sekretagoga	Linaclotid (Axulta®, Constella®)	Reizdarmsyndrom mit Obstipation (IBS-C)	1 × 290 µg 30 min vor dem Essen
	Lubiproston (Amitiza®)	chronische idiopathische Obstipation	2 × 24 µg pro Tag
Prokinetika	Prucaloprid (Resolor®)	chronische idiopathische Obstipation	1 × 1–2 mg pro Tag
PAMORA (Peripherally Acting µ-Opioid Receptor Antagonist)	Methylnaltrexon	opiatinduzierte Obstipation	8–12 mg s.c. bei Bedarf
	Naloxegol (Moventig®)	opiatinduzierte Obstipation	1 × 25 mg pro Tag

Quelle: modifiziert nach PD Dr. Viola Andresen, Hamburg, UEGW 2018

Sekretagoga wie Linaclotid, ein Guanylatzyklase-C-Agonist, und Lubiproston, ein Chloridkanal-Aktivator, werden vor allem bei verstopfungslastigem Reizdarm eingesetzt. Sie fördern die Darmbewegungen ebenfalls und zeigten bei Reizdarmpatienten zusätzlich blähungsmindernde und schmerzlindernde Eigenschaften (4). Dabei können Nebenwirkungen wie Diarrhö und im Fall von Lubiproston Übelkeit auftreten. Verstopfungssymptome können jedoch auch im Rahmen von anderen Therapien auftreten, allen voran bei einer Schmerztherapie mit Opioiden. Dagegen können Methylnaltrexon und Naloxegol eingesetzt werden. Sie gehören zur Klasse der PAMORA (Peripherally Acting µ-Opioid Receptor Antagonist) und antagonisieren selektiv den µ-Opioid-Rezeptor. Unter Naloxegol haben in einer Studie mit 1350 Teilnehmern 43 Prozent mehr Patienten auf die Therapie angesprochen als unter Placebo (5). Der Effekt zeigt sich unabhängig von Alter, Geschlecht, Gewicht und Opioiddosierung (6). ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Constipation», United European Gastroenterology Week (UEGW) 2018, 21. bis 24. Oktober in Wien.

Referenzen:

1. Bharucha AE et al.: American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 218–238.
2. Katelaris P et al.: Comparison of the effectiveness of polyethylene glycol with and without electrolytes in constipation: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Gastroenterology* 2016; 16: 42.
3. Sajid S et al.: Use of Prucalopride for Chronic Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Randomized, Controlled Trials. *J Neurogastroenterol Motil* 2016; 22: 412–422.
4. Lasa JL et al.: Efficacy and safety of intestinal sekretagoga for chronic constipation: a systematic review and metaanalysis. *Arq Gastroenterol* 2018 Aug 6; Epub ahead of print.
5. Tack J et al.: Efficacy and safety of naloxegol in patients with opioid-induced constipation and laxative-inadequate response. *United European Gastroenterol J* 2015; 3: 471–480.
6. Chey WD et al.: Naloxegol for opioid-induced constipation in patients with noncancer pain. *N Engl J Med* 2014; 370: 2387–2396.