

# Wenn «das Geschäft» Probleme macht

## Obstipation bei Kindern

Die ständig steigende Zahl der Kinder, die wegen einer lang anhaltenden chronischen Verstopfung (Obstipation) mit und ohne Enkopresis in den kindergastroenterologischen Sprechstunden vorgestellt werden, lässt darauf schliessen, dass die Probleme der gestörten Darmentleerung häufig sind und ansteigen. In den USA beträgt der Anteil der obstipierten Kinder bereits 25 Prozent aller amerikanischen Kinder, die einem pädiatrischen Gastroenterologen vorgestellt werden.

von Dr. med. Richard Eyer mann

### Was ist Obstipation?

Obstipation ist Stuhlretention infolge unvollständiger Darmentleerung. Entscheidendes Kriterium ist hierbei nicht nur die Konsistenz des Stuhls, sondern auch die unvollständige Entleerung des Darms mit weiteren Symptomen. Akute und chronische Obstipation werden unterschieden. Während die akute Obstipation in der Regel kein ernsthaftes Problem darstellt, kann die chronische Obstipation (Krankheitsdauer > 3 Monate) dagegen erhebliche Schwierigkeiten verursachen.

### **Akute und chronische Obstipation und klinische Problematik**

Etwa 5 bis 15 Prozent aller Kinder sind vorübergehend verstopft, wobei die akute Obstipation ein rasch und effektiv zu beherrschender Zustand ist, der jedoch nicht selten Ausgangspunkt eines chronischen Verlaufs werden kann. Insbesondere die schmerzhafte Entleerung des harten Stuhls bleibt den Kindern in schlechter Erinnerung und kann der Keim für eine Verweigerung der Darmentleerung mit der Folge von chronischer Obstipation werden. Damit beginnt ein Teufelskreis: Eindicken des Stuhles – schmerzhafte Defäkation – Stuhlrückhalt bewusst/automatisch. Dazu kommen unterstützende Faktoren der Obstipation wie ballaststoffarme Ernährung, zu viele Süssigkeiten, geringe Trinkmenge, gestörtes Toilettentraining, Umgebungsfaktoren wie verschmutzte Schultoiletten, Änderung des Tagesablaufs, wie beispielsweise durch Kinderhortbesuch und Reise. Die Entwicklung schmerzhafter Analfissuren und Blutab-



*Säugling im Alter von 10 Wochen mit chronischer Obstipation bei M. Hirschsprung und Trisomie 21. Geblähtes Abdomen und ausgeprägte Dystrophie bei der ärztlichen körperlichen Untersuchung besonders auffällig.*

gang verstärken das Verdrängen der Darmentleerung und intensivieren die Stuhlretention.

Wird die akute Situation der Obstipation rechtzeitig erkannt und beachtet, helfen Klistiere, Suppositorien und/oder orale Medikamente («Stuhlweichmacher») wie Laktulose, Polyethylenglykol (Macrogol) oder Paraffinöl in ausreichend hoher Dosierung – allein oder in Kombination

### **Ursachen nutritiver Obstipation – Ernährungsanamnese wichtig**

- Ballaststoffarme Kost
  - Meist zu wenig Flüssigkeit (und dann oft Genuss zuckerhaltiger Limonaden)
  - Regelmässig Süsses oder Zuckerhaltiges
- Oft überrascht das Unwissen der Eltern, welche Nahrungsmittel zur Obstipation führen können. Aber selbst bei vorhandenem Wissen, wird oft nur inkonsequent behandelt.

### Normales Stuhlverhalten und pathologische Abweichungen – dürfen kein Tabuthema sein

#### Normales Stuhlverhalten:

- Entleerung normalerweise einmal täglich, längstens alle zwei Tage
- Bei Säuglingen mit ausschliesslicher Muttermilchnahrung grosse Variationsbreite: Defäkation ist z.B. zwischen fünf- bis sechsmal täglich ebenso normal wie einmal in zwei Wochen, Beschwerdefreiheit vorausgesetzt.

#### Pathologische Abweichungen:

- Bei den meisten Patienten mit chronischer Obstipation Entleerung nur ein- bis zweimal in der Woche
- Ein Drittel der obstipierten Kinder hat jedoch häufiger als einmal täglich eine Stuhlentleerung
- Vor allem Schulkinder mit jahrelanger chronischer Obstipation leiden häufig unter fehlendem Stuhldrang und Enkopresis.

über ein bis drei Tage – sicher und effektiv. Wird die Stuhlretention jedoch nicht beseitigt, so wird das Kind bald im Mittelpunkt des Familiengeschehens stehen, und jede Darmentleerung wird von allen mit panischer Angst und Unsicherheiten erwartet. Der Teufelskreis der Chronizität hat begonnen.

Physisch-psychische Verhaltensauffälligkeiten des Kindes führen in der Folge zu weiteren Interaktionsstörungen in der Familie, im Kinderhort oder in der Schule. Kommt nun noch das Problem der stuhlverschmierten Unterwäsche, der Enkopresis und/oder der Überlaufstühle (Wechsel von wässrigen und festen Stühlen) hinzu, werden Ratlosigkeit, Verunsicherung und das Rückzugsverhalten der Kinder und Eltern noch verstärkt. So kommt ein Teil der Patienten erst nach Jahren in die Sprechstunde, um von ihren Leiden befreit zu werden. Häufig sind dann schon Diskriminierungen im Klassenkollektiv erfolgt bis zum Ausschluss vom Sportunterricht bei der Enkopresis. Etwa 95 Prozent der obstipierten Kinder leiden unter Beschwerden funktioneller (= idiopathischer) Ursache – nur bei 5 Prozent finden sich organische Veränderungen. Zu beachten ist auch die Tatsache, dass bei chronischer Obstipation in 20 Prozent der Fälle zusätzliches Einnässen (Enuresis) besteht,

das mit Ausheilung der Obstipation in der Regel ebenfalls verschwindet.

### Diagnostik der Obstipation

Die Basis der Diagnostik der Obstipation stellen die sorgfältige Anamnese und der klinische/neurologische Untersuchungsbefund dar. Laboruntersuchungen sind erst in der Stufe 2 und apparative bildgebende sowie funktionelle Verfahren nur in ausgewählten Fällen erforderlich (*Tabelle 1*).

Besonders wichtige Aspekte, die bei der Anamnese und der klinischen Symptomatik berücksichtigt werden sollten, werden in *Tabelle 2* aufgelistet. Insgesamt können sich diese Symptome zyklisch verhalten, indem sie nach erfolgter Defäkation nachlassen oder verschwinden, um bis zur nächsten Entleerung erneut zuzunehmen. Über ein Drittel der Patienten zeigt auslösende Faktoren wie Umstellung von Muttermilch auf Formulanahrung, Sauberkeitserziehung sowie soziale Einflüsse wie Umzug, Trennung der Eltern, Geburt eines Geschwisters, Beginn des Kindergartenbesuchs oder Einschulung, um nur einige wichtige zu nennen. Bei der körperlichen Untersuchung sollte auf das Vorliegen eines geblähten Abdomens geachtet und die Peristaltik überprüft werden. Neben der Messung von Körperlänge und Körpergewicht sollte eine rektale Untersuchung erfolgen. Eine massive Abwehr weist auf eine sensibilisierte Körperzone hin. Dies ist häufig sicher Folge einer Überbetonung des Defäkationsvorganges. Es muss aber auch berücksichtigt werden, dass eine abnorm verstärkte Abwehr im anogenitalen Bereich auch bei sexuellem Missbrauch auftreten kann. Apparative Untersuchungen (*Tabelle 3*) sind nur ausnahmsweise indiziert.

Stuhluntersuchungen werden zwar häufig durchgeführt, führen jedoch fast nie zu weiteren Erkenntnissen. Insbesondere die routinemässige mykologische Untersuchung ist wenig hilfreich, sinnlos und kostentreibend.

Es muss erreicht werden, dass – ausser in klinischen Ausnahmefällen – sinnlose Diagnostik vermieden wird. Erst bei Erfolglosigkeit einer konsequenten, sechsmonatigen Therapie ist eine gezielte apparative Diagnostik zu diskutieren!

### Tabelle 1: Rationale Stufendiagnostik der kindlichen Obstipation

#### Stufe 1:

- Anamnese!! - wichtigster diagnostischer Schritt
- Organstatus

#### Stufe 2:

- Blutbild, K+, Ca++, TSH, Kreatinin, Urinstatus, Zöliakieparameter i.S.
- Evtl. Allergietests, DD: Kuhmilchweissallergie bei Kindern < 2 Jahren
- Evtl. Schweisstest
- Evtl. Sonografie Abdomen

#### Stufe 3:

- Bildgebende und funktionelle Diagnostik (Spezialzentren)

### Tabelle 2: Anamnese und klinische Symptomatik – besonders wichtige Aspekte

- Ernährungsanamnese
- Stuhlverhalten
- Stuhlbeschaffenheit
- Stuhlvolumen
- Unwillkürlicher Stuhlabgang
- Schmerzen
- Blutbeimengungen
- Analprolaps
- Blähungen
- Gedeihstörungen

### Tabelle 3: Apparative Untersuchungen

- Sonografie des Abdomens
- Endoskopische Untersuchung
- Manometrie: indiziert nur in Ausnahmefällen wie verlängerter Analkanal und/oder erhöhter Sphinktertonus
- Radiologische Untersuchungen (Abdomenübersicht, Kolonkontrasteinlauf)

### Differenzialdiagnose der Obstipation

In seltenen Fällen führen andere Erkrankungen sekundär zu einer chronischen Obstipation.

Hierzu gehören der M. Hirschsprung, der einer chirurgischen Therapie bedarf, und eine neurogene Darmschädigung, wie sie beispielsweise im Rahmen einer Spina bifida oder eines Tethered-cord-Syndroms beobachtet wird. Beginnen die

Tabelle 4:  
Differenzialdiagnostische Übersicht der Obstipation

Charakterisierung	Nebenbefund	Verdachtsdiagnose	Bestätigung
Enger, langer Analkanal, hoher Sphinktertonus	Symptombeginn im 1. Trimester oder bei Umstellung von Muttermilch auf Formulanahrung	M. Hirschsprung	Anorektale Manometrie, bei Verdacht Stufenbiopsie aus dem Rektum
Kurze, scharfrandige Stenose unmittelbar oberhalb der Anokutanlinie	Beginn in den ersten Lebenstagen	Analstenose	Tastbefund, Befundnormalisierung innerhalb weniger Tage
Neurogene Blase, periphere Ausfälle		Spina bifida, Tethered cord	Spinaler Befund
Chronische Obstipation ohne weitere Befunde	Psychischer Stress vorhanden (Kindertort, Trennung der Eltern etc.), Ernährungsfehler	Psychogene Obstipation  Nutritive Obstipation	Anamnese  Nahrungsanamnese

Dauertherapie bei Kindern < 10 Jahre. Hier sollten die Eltern aufgeklärt werden, warum das Medikament dennoch zu empfehlen ist. Bisher sind keine gravierenden Nebenwirkungen bekannt; zudem besteht kein Gewöhnungseffekt, beste Evidenz.

☉ Paraffinöl (1–3 ml/kg KG/Tag, Kinder < 2 Jahre cave! Aspirationspneumonie)  
Da die chronische Obstipation die häufigste Ursache der Enkopresis ist, unterscheidet sich ihre Therapie zunächst nicht davon. Zur Therapie gehören weiterhin die bekannten Ernährungsempfehlungen bei chronischer Obstipation, ausserdem ist auf ein Stuhltraining zu achten. Die ärztliche Begleitung der Behandlung von Obstipation und Enkopresis ist nicht selten über viele Monate erforderlich, verspricht aber gute Erfolgsraten. ☉

Tabelle 5:  
Behandlungsprinzipien der kindlichen Obstipation

Vier Prinzipien:

- Beratung, Schulung, Therapiebegleitung
- Initiale Darmentleerung
- Stuhlaufweichende orale Medikamente und Ernährungsumstellung (Trinkverhalten!)
- Verhaltenstherapie, Toilettentraining, Stuhlprotokoll

Häufigste Ursachen für das Scheitern der Therapie:

- Unzureichende initiale Enddarmreinigung
- Unzureichender Medikamenteneffekt
- Zu kurze Behandlungsdauer
- Ungenügende Therapieüberwachung (Stuhlprotokoll!)
- Mangelnde Compliance

Schulung des Patienten gemeinsam mit den Eltern. Hier müssen Vorgehensweise, die Dauer der Therapie und die Medikamente mit ihren Nebenwirkungen ausreichend erläutert werden – davon wird die Compliance abhängen.

**Initiale Darmreinigung/-entleerung**

Der initiale Darmlauf trägt wesentlich zum Behandlungserfolg bei! Hierfür gibt es folgende Möglichkeiten:

- ☉ Sorbit-Klysma 3 ml/kg KG – eventuell am Folgetag wiederholen
- ☉ Glycerol/phys. Kochsalzlösung 50:50; 5–7 ml/kg KG
- ☉ Phosphatklysma 30 ml/10 kg KG – nicht für Säuglinge und Kleinstkinder geeignet.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Richard Eyermann  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Kardiologie/Angiologie/Kinderkardiologie  
Sportmedizin und Allgemeinarzt  
Therese-Giehse-Allee 57, D-81739 München  
E-Mail: Richard.Eyermann@web.de

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Keine

Symptome bereits im Neugeborenenalter und/oder wird ein verzögerter Mekoniumabgang oder gar Mekoniumillies angegeben, ist bereits initial an eine Aganglionose (M. Hirschsprung) zu denken.

**Die Therapie der chronischen Obstipation ist aufwändig, aber Erfolg versprechend**

Je länger die Obstipation besteht, umso zeitintensiver wird die Behandlung für Arzt und Patient. Der wichtigste Teil bei Therapiebeginn ist die Beratung und

**Stuhlaufweichende Medikamente zur Therapie der Obstipation**

Orale Medikamente müssen über Wochen und Monate verabreicht werden, die Dosis sollte dem Erfolg angepasst werden. Die Behandlung kann erst beendet werden, wenn die Darmentleerung regelmässig, schmerzfrei und ohne Verdrängungsmanöver erfolgt.

- ☉ Laktulose (1–3 ml/kg KG/Tag): eher schwach wirksam, Gewöhnungseffekt
- ☉ Polyethylenglykol (PEG 0,8–1,0 g/kg KG/Tag – Dosisanpassung je nach Erfolg): noch keine Zulassung für die