

# Therapieoptionen bei chronischer Obstipation – was ist wann sinnvoll ?



Die Basistherapie der chronischen Obstipation beginnt mit Allgemeinmaßnahmen, gefolgt von Laxantien. Zu den Neuentwicklungen gehören Substanzen mit sekretionsförderndem Effekt bzw. Prokinetika. Bei der Therapie muss grundsätzlich zwischen einer „outlet obstruction“ und einer „slow transit constipation“ unterschieden werden. Bei Problempatienten ist ein interdisziplinäres Vorgehen zu empfehlen.

Prof. Thomas Frieling, Krefeld

■ In Deutschland und Europa klagen z.Zt. ca. 5–15% der Allgemeinbevölkerung über eine chronische Obstipation, wobei etwa 30% der obstipierten Patienten in Deutschland Laxantien nutzen. Es ist zu erwarten, dass die chronische Obstipation wie auch andere funktionelle gastrointestinale Erkrankungen in den nächsten Jahren durch die demographische Entwicklung rasant ansteigen werden, da die chronische Obstipation und die Stuhlinkontinenz mit dem Alter zunehmen. Dies ist von großer klinischer und sozioökonomischer Bedeutung.

## Mythen zur chronischen Obstipation

Um die chronische Obstipation ranken sich einige Mythen. Hierzu gehören u.a. die Befürchtung einer Autointoxikation durch Stuhlverhalt, der Einfluss der Darmlänge (Dolichokolon) auf das Stuhlverhalten, die Bedeutung einer zu niedrigen Ballaststoff- bzw. Flüssigkeitszufuhr oder eines inadäquaten Lebensstils (körperliche Aktivität, Übergewicht). In den letzten Jahren haben die Erkenntnisse über die Pathophysiologie der chronischen Obstipation und ihrer Therapieoptionen deutlich zugenommen. Die Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGMN) und die Deutsche Gesell-

schaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) haben dieser Entwicklung Rechnung getragen und bereiten z.Zt. eine aktuelle S2-Leitlinie zur chronischen Obstipation vor, die in diesem Jahr publiziert werden wird.

## Die subjektive Symptomatik entscheidet

Die ausschließliche Erfassung der Stuhlfrequenz ist ein unzureichender Parameter zur Charakterisierung der chronischen Obstipation, da die normale Stuhlfrequenz eine enorme Schwankungsbreite zwischen drei Stühlen pro Tag bis zu einem Stuhlgang alle drei Tage aufweist. Hier besteht großer Aufklärungsbedarf, da Patienten auch bei formal normaler Stuhlfrequenz ein Verstopfungsgefühl durch eine erschwerte Stuhlentleerung mit der Notwendigkeit des Pressens entwickeln können und andererseits beschwerdefreie Patienten mit über mehrere Tage ausbleibendem Stuhlgang nicht verstopft sind. Häufig werden die Patienten auch mit der Verdachtsdiagnose einer Diarrhö vorgestellt, die aber durch eine Entleerungsstörung mit Absetzen von mehreren kleineren Stuhlportionen begründet ist (Pseudodiarrhö). Es ist zu berücksichtigen, dass eine Stuhlretention über retrograde Nervenverbindungen zum oberen Verdauungstrakt auch Motilitäts-

störungen von Magen und Dünndarm verursachen kann. Mit der chronischen Obstipation sind daher häufig zusätzliche Symptome, wie u.a. Dyspepsie, Blähgefühl bzw. Gasbildung, das Gefühl der unvollständigen Entleerung und die Stuhlinkontinenz verbunden.

## Es gibt keine allgemeingültige Einteilung

Eine klinisch nutzbare Einteilung ist die ätiologische Differenzierung nach Passagestörung, Entleerungsstörung und anderen Ursachen. Hierbei kann eine genaue Medikamentensichtung nach obstipationsauslösenden Pharmaka hilfreich sein. Andere Einteilungen nutzen eine Differenzierung zwischen primären Formen mit bzw. ohne Kolondilatation bzw. sekundären Formen durch Kolorektalkrebs, Divertikelkrankheit, metabolischen, endokrinen oder neurologischen Ursachen bzw. psychologischen Einflüssen. Während die Stuhlentleerungsstörung in der Regel anhand funktioneller (z.B. Beckenbodendyssynergie) oder morphologischer (z.B. Beckenbodensenkung, rektoanaler Prolaps) Veränderungen dargestellt werden kann, ist die Pathophysiologie der Passagestörung („slow transit constipation“) in der Klinik häufig schwieriger zu fassen, da die chronische Obstipation häufig die Folge von sensori-motorischen Veränderungen

der Darmwand ist und zur Abklärung tiefe submuköse Biopsien bzw. Vollwandbiopsate erfordert.

## Diagnostik und Therapie überlappen sich öfters

In der Regel haben Patienten, die sich beim Arzt vorstellen, bereits Erfahrungen mit verschiedenen Abführmaßnahmen inkl. Laxantien gesammelt. Bei der Basisdiagnostik der chronischen Obstipation sollte versucht werden, das Stuhlverhalten genau zu erfassen und durch die klinische Untersuchung inklusive rektal-digitaler Untersuchung zwischen einer Obstipation mit verlangsamter Dickdarmpassage und einer Obstipation bei anorektaler Entleerungsstörung („outlet obstruction“) zu differenzieren. Bei Verdacht auf Stuhlentleerungsstörungen machen eine proktologische sowie die digitale Untersuchung Sinn, bei Frauen mit Obstipation und Unterbauchschmerzen ist immer eine gynäkologische Untersuchung durchzuführen. Die Vorsorgekoloskopie ab einem Alter von 55 Jahren muss eingehalten werden. Bei starken Beschwerden, hohem Leidensdruck, Warnsymptomen bzw. bei mangelndem Ansprechen der Beschwerden auf die probatorische Therapie sollten zeitnah weitergehende Untersuchungen erfolgen, die im ersten Schritt dem Ausschluss einer organischen Ursache und im zweiten der Klärung der Pathomechanismen mittels Funktionsuntersuchungen dienen.

## Nach der Basisdiagnostik die probatorische Therapie

Wenn keine Warnsymptome bestehen, kann nach der Basisdiagnostik zunächst eine zeitlich begrenzte probatorische Therapie erfolgen (s. Abb. 1). Diese Basistherapie der chronischen Obstipation beginnt mit **Allgemeinmaßnahmen**, die eine „Gesunde Lebens-

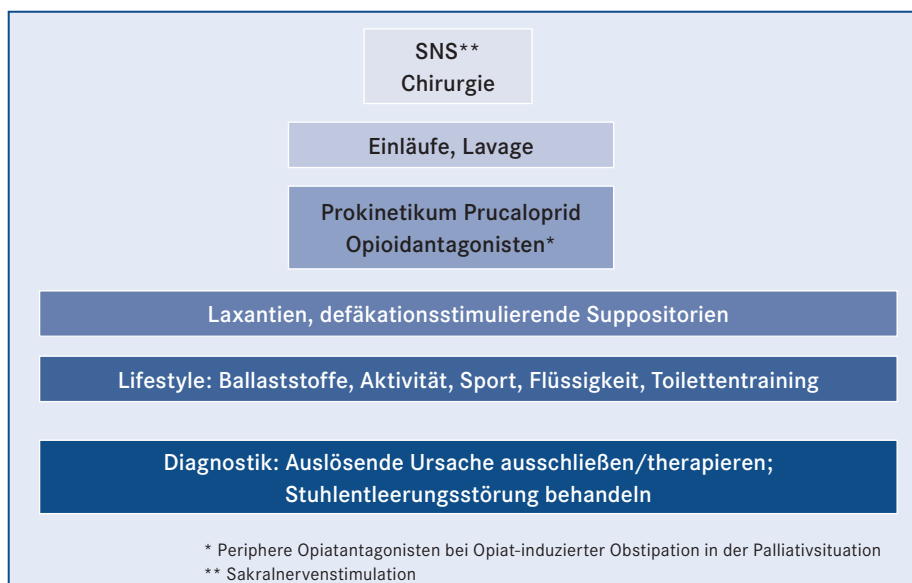


Abb. 1: Stufentherapie der chronischen Obstipation.

weise“ mit ausreichender körperlicher Aktivität, Reduktion des Übergewichts und Vermeidung von Stress bzw. eine „Gesunde Ernährung“ mit ausgewogener Ernährung und ausreichender Flüssigkeitszufuhr beinhalten. Diese Empfehlungen können sowohl für die „slow transit constipation“ als auch für die „outlet obstruction“ im Einzelfall hilfreich sein, obwohl zu berücksichtigen ist, dass es wissenschaftlich keine sicheren Korrelationen zwischen Stuhlverhalten und Body Mass Index (BMI), Alter, Bewegung, Essmenge, Kalorienzufuhr, Flüssigkeitszufuhr, Psyche bzw. Stress gibt.

Die Allgemeinmaßnahmen beinhalten auch die Optimierung der **Ballaststoffzufuhr**. Rationale hierfür ist die Hypothese, wonach die Passagezeit mit zunehmendem Stuhlgewicht abnimmt. Ballaststoffe erhöhen hierbei durch Wasserbindung das Stuhlvolumen und sollen über eine Wanddehnung die Kolonmotilität anregen, die Passagezeit beschleunigen bzw. durch bakteriellen Abbau die Bakterienmasse erhöhen. Ballaststoffe haben allerdings klinisch einen nur begrenzten Effekt und werden häufig wegen der Entwicklung von

Meteorismus abgesetzt. Bei der Auswahl von Ballaststoffen sollte daher spezielle Aufmerksamkeit auf nicht-blähende Präparate (z.B. Flohsamen, lösliche Ballaststoffe) gelegt werden.

**Füll- und Quellstoffe, salinische, osmotische Laxantien bzw. Makrogole** sind bei der Behandlung der „slow transit“ Obstipation etabliert und bewährt. Sorbit bzw. Sorbitol gelten als vergleichbare, aber preiswertere Alternativen zu Laktulose. Bei der Auswahl der osmotischen Laxantien sollten aufgrund der Effektivität und geringeren Nebenwirkungen Makrogole bevorzugt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Substanzen erst nach mehreren Tagen der Einnahme ihre stuhlfördernde Wirkung erzielen. Stimulierende Laxantien wie Diphenylmethan bzw. konjugierte Anthrachinon-Derivate (Bisacodyl, Natriumpicosulfat, Senna-Präparate) gehören zu den am häufigsten verwendeten und potentesten Abführmitteln.

Die Bauchdecken-Colon-Massage und Akupunktur sollten bei chronischer Obstipation nicht als Standardtherapie empfohlen werden, da ihre Wirksamkeit nicht sicher belegt ist.

Trotz dieser unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten sind zwischen 40 und 80% der Patienten mit der Behandlung unzufrieden und über 60% der Ärzte beklagen unzureichende medikamentöse Therapieoptionen. Dies mag zum einen daran liegen, dass die Patienten nur unzureichend über ihr normales Stuhlverhalten (s.o.) aufgeklärt sind und zum anderen, dass eine Stuhlentleerungsstörung nicht frühzeitig erkannt wird. So kann bei Hinweisen auf eine unvollständige Entleerung, einen Prolaps bzw. eine Überlaufinkontinenz ein **Toilettraining** eingesetzt werden. Sinnvoll ist auch im Einzelfall die Stuhlimpaktierung durch einen Hebe-Senkeinlauf zu beseitigen. Patienten mit Obstipation durch eine Beckenbodendyssynergie sollten **Biofeedbacktraining** erhalten.

## Neue Entwicklungen

Grundsätzlich können die verschiedenen Therapieoptionen stufenweise oder auch kombiniert eingesetzt werden (s. Abb. 1). In letzter Zeit wurden neue medikamentöse Wirkprinzipien bei der Behandlung der Obstipation untersucht. Dabei stellen die Entwicklung von Substanzen mit **sekretionsförderndem Effekt** bzw. **Prokinetika** einen interessanten Ansatz dar. Diese Substanzen können gegeben werden, wenn die bisherige konventionelle Therapie nicht ausreichend effektiv oder schlecht verträglich war. Zu den Präparaten gehören das in den USA für das obstipationsdominante Reizdarmsyndrom zugelassene Lubiproston (Amitiza®), das spezifische Chloridkanäle an der apikalen Seite des Epithels stimuliert und das noch nicht zugelassene Linaclotid, das die Chloridsekretion im Kolon durch Aktivierung der Guanylatzyklase erhöht. Metaanalysen zeigen, dass diese Substanzen das Stuhlverhalten gegenüber Placebo signifikant

Bei chronischer Obstipation richten sich Dosierung und Einnahmefrequenz der stimulierenden Laxantien nach dem individuellen Bedarf. Eine Begrenzung des Einnahmezeitraums ist unbegründet, da die Substanzen bei regelhaftem Gebrauch sichere und effektive Medikamente sind.

verbessern. Mittlerweile wurde auch Prucaloprid (Resolor®), das kein klassisches Laxanz ist, sondern als Kolo-prokinetikum über eine selektive Stimulation der 5-HT<sub>4</sub>-Rezeptoren die Obstipation vermindert, für obstipierte Frauen in Deutschland zugelassen. Hierbei zeigen die Zulassungsstudien und eine Metaanalyse einen signifikanten Therapiebenefit hinsichtlich des Stuhlverhaltens, der Begleitsymptome und der Lebensqualität. Interessant ist auch eine vergleichbare signifikante Wirkung bei opiatinduzierter Obstipation. Relevante, insbesondere kardiale oder angiologische Nebenwirkungen, wurden bisher nicht beobachtet. Kombinationen von neuen medikamentösen Therapien mit konventionellen Mitteln können in Abhängigkeit von Effektivität und Nebenwirkungen versucht werden. Bei schwerer refraktärer opiatinduzierter Obstipation können auch periphere Opiatantagonisten (Methylnaltrexon, Alvimopan, Naloxon) eingesetzt werden.

## Was tun wenn keine Strategie hilft?

Zu den Problempatienten gehören solche, die bei einer „slow transit constipation“ eine Stuhlentleerung nur über regelmäßige Einläufe bzw. Kolonlavages erreichen bzw. bei einer „outlet obstruction“ eine vollständige Defäkation aufgrund ausgeprägter Beckenbodensenkung, rektoanalem Prolaps oder Rectozele nicht erzielen können. Bei

diesen Patienten ist eine interdisziplinäre Beurteilung, möglichst in einem Kontinenz- bzw. Beckenbodenzentrum, sinnvoll.

Die chirurgischen Optionen bei Stuhlentleerungsstörungen beinhalten verschiedene Formen der Beckenbodenplastik, Rektopexie, Wiederherstellungsverfahren des rektovaginalen Septums bzw. die Entfernung „überschüssigen Rektumgewebes“. Hierbei erfreut sich insbesondere die transanale Staplermukosektomie nach STARR mit Erfolgsraten zwischen 60–90% zunehmender Beliebtheit.

Die chirurgischen Therapiemöglichkeiten der „slow transit constipation“ gestalten sich schwieriger. Grundsätzlich ist vor resezierenden Verfahren (Prokterektomie, Sigmaresektion, Kolektomie, Prokto-kolektomie, Reduktions-rektoplastien) bei Megarektumkolon bzw. Sigma elongatum zu warnen. Auf der anderen Seite gibt es aber Patienten, die auf die z.Zt. verfügbaren konservativen Maßnahmen nicht ansprechen. Hier muss vor einer Operation auf jeden Fall eine generalisierte Motilitätsstörung, insbesondere eine Dünndarmmotilitätsstörung durch Dünndarmmanometrie ausgeschlossen werden, da in diesem Fall eine Kolektomie kontraindiziert ist.

Interessant ist die Etablierung der Sakralnervenstimulation. Diese Technik, die primär zur Therapie der Stuhlinkontinenz entwickelt wurde, hat offensichtlich auch günstige Effekte bei der chronischen Obstipation. ■

*Prof. Dr. med. Thomas Frieling  
Direktor der Medizinischen Klinik II  
Innere Medizin mit Gastroenterologie,  
Hepatologie, Infektiologie,  
Neurogastroenterologie, Hämatologie,  
Onkologie und Palliativmedizin  
HELIOS Klinikum Krefeld  
E-Mail: thomas.frieling@helios-kliniken.de*