

Chronische Obstipation

Leitlinien-basierte Handlungsempfehlungen für Ärzte

► Die chronische Obstipation ist mit einer Prävalenz von 15 % eine der häufigsten Erkrankungen in Europa. Die traditionelle Auffassung, es handele sich lediglich um eine banale Befindlichkeitsstörung, die zudem selbst verschuldet und leicht zu korrigieren sei, ist hinreichend widerlegt – so die Autoren der im Jahr 2013 veröffentlichten Leitlinie „Chronische Obstipation“. Nicht nur die medizinische Realität, sondern auch wissenschaftliche Studien zeigten deutlich, dass die Betroffenen unter einer Vielzahl von Symptomen leiden, die ihre Lebensqualität erheblich einschränken.



Krankheitsbild

Bei der chronischen Obstipation handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um eine persistierende, nicht selten mit hohem Leidensdruck einhergehende Erkrankung. Zu den in der Definition genannten Symptomen kommen Völlegefühl, Unwohlsein und Schmerzen im Abdomen sowie beim Stuhlgang. Die Häufigkeit der chronischen Obstipation nimmt mit dem Alter zu, Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die chronische Obstipation ist abzugrenzen vom Reizdarmsyndrom und von intestinalen Motilitätsstörungen, für die separate Leitlinien vorliegen.

Definition Chronische Obstipation

Eine chronische Obstipation liegt vor, wenn unbefriedigende Stuhlentleerungen berichtet werden, die seit mindestens 3 Monaten bestehen und mindestens 2 der folgenden Leitsymptome aufweisen:

- starkes Pressen
- klumpiger oder harter Stuhl
- subjektiv unvollständige Entleerung
- subjektive Obstruktion oder
- manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation, jeweils bei mehr als 25 % der Stuhlentleerungen, oder
- weniger als 3 Stühle pro Woche.

(Andresen et al. 2013)

Ursachen

Als Ursachen der chronischen Obstipation kommen zahlreiche Erkrankungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln in Betracht. Lebensstilfaktoren wie faserarme Kost, verringerte Flüssigkeitszufuhr und Bewegungsmangel sind in der Literatur beschrieben, lassen sich durch evidenzbasierte Studien aber nicht belegen.

Mögliche Ursachen der Obstipation

- neurologische Erkrankungen, z.B. Morbus Parkinson, multiple Sklerose, autonome Neuropathie
- endokrine Erkrankungen, z.B. Hypothyreose, Hyperparathyreodismus
- systemische Erkrankungen, z.B. systemische Sklerodermie
- strukturelle intestinale Passagestörungen
- Nebenwirkungen von Arzneimitteln (z. B. Opiate, trizyklische Antidepressiva, Diuretika)
- hormonelle Veränderungen (z. B. Schwangerschaft, 2. Zyklushälfte)

Diagnostik

Im Fokus des Anamnesegesprächs steht die individuelle Symptomatik. Alarmsymptome wie Anämie, spontaner Gewichtsverlust, Blut im Stuhl oder kolikartige Schmerzen, die z. B. auf ein Colonkarzinom oder einen Ileus hinweisen könnten, sind abzuklären. Weitere Aspekte sind Vorerkrankungen, die Einnahme von Medikamenten sowie die Art und Stärke der Obstipation und der Begleitsymptome. Da viele Patienten von sich aus Laxanzien einnehmen, sollte dies ausdrücklich erfragt werden.

Das Stuhlverhalten lässt sich unter Zuhilfenahme der Bristol Stuhlformenskala genau erfassen. Während aus medizinischer Sicht eine Stuhlfrequenz von 3-mal pro Tag bis 3-mal pro Woche als normal gilt, glauben viele Patienten, der Stuhlgang müsse täglich erfolgen. Eine Information über die Spannbreite einer normalen Stuhlfrequenz kann dem Patienten deshalb Entlastung bringen, ebenso wie das Entkräften der Befürchtung, eine Obstipation führe zu einer Autointoxikation.

Die körperliche Untersuchung umfasst neben der Palpation und Auskultation des Abdomens eine rektal-digitale Untersuchung. Die Empfehlungen für die Darmkrebsvorsorge sind im Rahmen der Diagnostik zu berücksichtigen. Bei starken Beschwerden bzw. hohem Leidensdruck oder Warnsymptomen empfiehlt die Leitlinie eine erweiterte Diagnostik mit Blutbild, Entzündungsparametern, Stuhluntersuchungen (z.B. Calprotectin), Abdomensonografie und ggf. endoskopisch/radiologische Untersuchungen. Der Verdacht auf eine Slow-Transit Obstipation kann durch eine Colont transitzeit-Messung mit röntgendichten Markern objektiviert werden.

Therapie der chronischen Obstipation

- ▶ Gelbildner: Psyllium (z. B. Mucofalk®)
- ▶ Probiotika: *L. casei* Shirota (Yakult®), *Bifidobacterium animalis* ssp. *lactis* DN-173010 (Activia®), *E. coli* Nissle 1917 (Mutaflor®)
- ▶ Osmotische Laxanzien: Polyethylenglykol-Lösungen (Macrogol®, Laxofalk®, Movicol®)
- ▶ Stimulierende Laxanzien: Bisacodyl (Dulcolax®), Natriumpicosulfat (Laxoberal®)
- ▶ Prokinetika: Prucaloprid (Resolor®)

(Krammer u. Schlieger 2006)

Therapie

Die Autoren der Leitlinie empfehlen ein Stufenschema für die Therapie der chronischen Obstipation. Bei unauffälliger Basisdiagnostik erfolgt demnach zunächst eine probatorische Therapie in Form von Allgemeinmaßnahmen, die im 2. Schritt durch zusätzliche Ballaststoffe (Psyllium oder Weizenkleie) ergänzt werden kann. Psyllium ist häufig besser verträglich, weil es keine vermehrte Gasbildung verursacht (Krammer u. Schlieger 2006). In dieser Phase ist auch ein probatorischer Einsatz von Probiotika sinnvoll. Der Erfolg dieser Maßnahmen ist nach ca. vier Wochen zu prüfen.

Allgemeinmaßnahmen in der Therapie der chronischen Obstipation

- 1 | Ballaststoffreiche Ernährung:** Anzustreben ist eine Ballaststoffaufnahme von mindestens 30 g/Tag. Bei fehlender Wirksamkeit oder beim Auftreten von Begleitsymptomen (z.B. Blähungen, abdominellen Krämpfen) Übergang zu ballaststoffarmer Ernährung.
- 2 | Flüssigkeitszufuhr:** Das Ziel ist eine Trinkmenge von mindestens 1,5-2 l/Tag. Eine darüber hinausgehende Trinkmenge bringt keine zusätzlichen Effekte.
- 3 | Körperliche Aktivität:** Gesundheitsexperten empfehlen, täglich mindestens 30 Minuten körperlich aktiv zu sein. Auf der Internetseite www.darmgesundheitscheck.de finden sich hierfür patientengerechte Anleitungen.
- 4 | Stuhldrang:** Der Patient sollte für dieses wichtige Körpersignal sensibilisiert und darüber informiert werden, dass er den Stuhldrang nicht regelmäßig unterdrücken sollte.

In der nächsten Stufe der Therapie kommen osmotische Laxanzien (Lactulose, Macrogol) und/oder stimulierende Laxanzien (Natriumpicosulfat und Bisacodyl) zum Einsatz. Diese Arzneimittel sind langfristig und auch in der Schwangerschaft und Stillzeit anwendbar. Ist die Kombination von Allgemeinmaßnahmen und konventioneller medikamentöser Therapie nicht effektiv, sollen neue medikamentöse Therapien versucht werden. Dazu zählen Prucaloprid (5-HT₄-Antagonist mit prokinetischer Wirkung), und Linaclotid (Guanlytazyklase-C-Agonist). Bei funktionellen Entleerungsstörungen werden weiterhin Klysmen und Suppositorien eingesetzt. Biofeedback-Training kann bei Beckenbodendyskoordination helfen.

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Heiner Kramer; Gastroenterologe und Ernährungsmediziner, Mannheim

1 | Herr Professor Kramer, im Jahr 2013 wurde erstmals eine Leitlinie zur chronischen Obstipation veröffentlicht, an der Sie maßgeblich mitgewirkt haben. Was sind aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Botschaften?

Diese Leitlinie definiert die chronische Obstipation als ernstzunehmende Erkrankung. Sie räumt mit der traditionellen und hartnäckigen, aber irrigen Vorstellung auf, eine Obstipation sei lediglich eine Befindlichkeitsstörung. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um eine persistierende und oft mit hohem Leidensdruck einhergehende Erkrankung, die in der Diagnostik und Therapie entsprechend gewürdigt werden sollte. Die zweite wichtige Aussage der Leitlinie ist, dass die Therapie nach einem Stufenschema erfolgt. Weiterhin ist bemerkenswert, dass dies weltweit die erste Leitlinie ist, in der bestimmte Probiotika für die Therapie der chronischen Obstipation empfohlen werden.

2 | Wie erfolgt die Therapie nach dem Stufenschema?

Am Anfang steht die Optimierung des Lebensstils mit einer ballaststoffreichen Ernährung und mehr Bewegung. Im zweiten Schritt setzen wir Probiotika und Gelbildner wie Flohsamenschalen ein. Wenn diese Maßnahmen noch nicht zum gewünschten Ziel führen, beginnt zügig die medikamentöse Therapie. Hier stehen je nach indivi-

dueller Symptomatik osmotische oder stimulierende Laxanzien sowie bei therapierefraktärer Obstipation Prokinetika zur Verfügung. Mir liegt am Herzen, dass die Patienten wissen, dass sie diese Medikamente ohne Angst vor Nebenwirkungen auch dauerhaft einnehmen können. Bei chronisch obstipierten Patienten ist dies kein „Laxanzienmissbrauch“, trotz mitunter langfristiger Einnahme.



3 | Probiotika sind ein Bestandteil der Therapie. Wie sind Ihre Erfahrungen?

Studien belegen, dass drei probiotische Stämme bei funktioneller chronischer Obstipation wirksam sind, und zwar *Lactobacillus casei* Shirota, *Bifidobacterium animalis* ssp. *lactis* und *Escherichia coli* Stamm Nissle. Sie sind eine gut verträgliche und sichere Behandlungsoption, die man sogar bei Kindern und Schwangeren einsetzen kann. Gerade für Kinder ist es wichtig, dass es sie auch in Form von Lebensmitteln gibt. Nach meiner Erfahrung nehmen Patienten probiotische Lebensmittel gerne ein, da sie gut schmecken und gut vertragen werden. Ich informiere die Patienten, dass die Wirkung nicht sofort nach der Einnahme einsetzt, sondern nach etwa 14 Tagen. Viele Patienten erfahren bei täglicher Aufnahme eine deutliche Verbesserung ihrer Beschwerden.

Ernährungsumstellung als Teil der Therapie

Die Umstellung der Ernährung auf mehr Ballaststoffe sollte schrittweise und möglichst mit Unterstützung durch eine qualifizierte Ernährungsberatungskraft erfolgen. Das verbessert die Bekömmlichkeit der ballaststoffreichen Nahrung und die Compliance des Patienten.



Prinzipien der Ernährungsumstellung bei Obstipation

- ▶ regelmäßige Mahlzeiten: 3 Hauptmahlzeiten, 1-2 Zwischenmahlzeiten
- ▶ mindestens 1,5 l am Tag trinken, z.B. kohlen-säurehaltige Mineralwässer
- ▶ 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst am Tag, mindestens die Hälfte roh
- ▶ Getreideprodukte aus Vollkorn bevorzugen
- ▶ täglich Sauer Milchprodukte und/oder probiotische Milchprodukte
- ▶ obstipierende Lebensmittel meiden, z.B. dunkle Schokolade
- ▶ weitergehende Maßnahmen sulfathaltige Heil- oder Mineralwässer, eingeweichte Trockenpflaumen, Pflaumenmus oder -saft, Sauerkrautsaft

Ballaststoffe

Ballaststoffe erhöhen das Stuhlvolumen und -gewicht und verkürzen die intestinale Transitzeit. Der Effekt der Ballaststoffe ist abhängig von der Art. Unlösliche Ballaststoffe, wie Zellulose, Hemizellulose und Lignin erhöhen das Stuhlvolumen, denn sie werden von den Darmbakterien gar nicht oder nur partiell abgebaut und unverdaut mit dem Stuhl ausgeschieden (Ströhle et al. 2012). Lösliche Ballaststoffe wie Pektine und Pflanzengummis haben eine hohe Wasserbindungskapazität und machen den Stuhl weicher und gleitfähiger. Sie werden im Colon zu einem großen Teil von Bakterien abgebaut. In der Regel sind lösliche Ballaststoffe besser verträglich als unlösliche. Letztere sind z. B. vorwiegend in der oft empfohlenen Weizenkleie enthalten und können zu Gasbildung und Blähungen führen (Eswaran et al. 2013).

Lebensmittel	Ballaststoffe (g)
3 Esslöffel Haferflocken (30 g)	3,0
25 g Haselnüsse	2,0
1 Apfel (150 g)	3,0
2 Scheiben Weizenvollkornbrot (100 g)	7,4
3 mittlere Kartoffeln (180 g)	3,8
1 Portion Möhrenrohkost (150 g)	5,4
1 Portion Brokkoli (200 g)	6,0
1 Schälchen Erdbeeren (100 g)	1,6
Summe	32,2

Psyllium (Flohsemen) nimmt eine Zwischenstellung ein. Es ist eine konzentrierte Quelle löslicher Ballaststoffe, die auch empfindliche Personen sehr gut vertragen. Psyllium führt zu einem deutlichen Anstieg des Stuhlgewichtes, was sich günstig auf die Stuhlfrequenz und -konsistenz auswirkt (Kreft 2001).

Ballaststoffe kommen ausschließlich in pflanzlichen Lebensmitteln vor: Lösliche Ballaststoffe vorwiegend in Gemüse, Obst und Hafer, unlösliche in Vollkorngetreideprodukten, Nüssen, Samen, Hülsenfrüchten und Kohl- und Wurzelgemüse. Eine vielfältig zusammengesetzte Kost mit einem hohen Anteil pflanzlicher Lebensmittel ist optimal. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt Erwachsenen eine Zufuhr von mindestens 30 g Ballaststoffen/Tag.

Weitere Informationen zu diesem Thema inkl. einer umfangreichen Literatur- und Linkliste finden Sie auf www.darmgesundheits-check.de

- ▶ Rome Foundation: www.romecriteria.org
- ▶ Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen: www.dgvs.de
- ▶ Leitliniendatenbank: www.AWMF-online.de

Probiotika

Die Wirksamkeit von Probiotika bei funktioneller chronischer Obstipation ist durch klinische Studien erforscht und belegt. Es bestand starker Konsens bei den Autoren der Leitlinie, dass Probiotika bei funktioneller chronischer Obstipation eingesetzt werden können. In randomisierten kontrollierten Studien verbesserten die Bakterienstämme *E. coli* Nissle 1917 und *Lactobacillus casei* Shirota die Stuhlfrequenz und -konsistenz.

L. casei Shirota und *B. animalis* DN 173 010 verkürzten die Colontransitzeit. Experten führen diese Effekte der probiotischen Bakterien u. a. auf die bakterielle Produktion von kurzkettigen Fettsäuren (Essig-, Propion- und Buttersäure) zurück, welche die Darmmotilität anregen können (Bischoff 2009, Chmielewska u. Szajewska 2010).

Die Wirkung setzt meistens nach ca. 14 Tagen Anwendung ein. Viele Patienten berichteten auch über eine Verbesserung des Wohlbefindens. Eine Meta-Analyse bestätigte die Wirksamkeit, gute Verträglichkeit und Sicherheit der Anwendung in der Schwangerschaft. Die Leitlinie Reizdarmsyndrom empfiehlt Probiotika für die Therapie des Reizdarmsyndroms, u. a. auch vom Obstipationstyp (Layner et al. 2011).



Impressum

Herausgeber: Yakult Deutschland GmbH
Forumstraße 2 · 41468 Neuss
Tel. 02131/3416-28 · Fax 02131/3416-16
E-Mail wissenschaft@yakult.de · Internet www.yakult.de

Redaktion: Yakult Deutschland GmbH · Wissenschaftsabteilung
Dr. Irmtrud Wagner

Text: Dr. Maike Groeneveld, Bonn, www.maike-groeneveld.de

Fachliche Beratung: Prof. Dr. med. Heiner Krammer,
Praxis für Gastroenterologie am Enddarmzentrum, Mannheim
www.magendarm-zentrum.de

Grafik und Druck: Warlich Mediengruppe,
WarlichDruck RheinAhr GmbH

Fotos: Yakult, Krammer, Corinna Gisseman/fotolia,
Carol Yepes/Gettyimages

Informationen für medizinische Fachkreise.